



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

Diagnóstico tardio da infecção por VIH na ilha de Santiago

António Lima Moreira

MARÇO DE 2013

Titulo: “Diagnóstico tardio da infecção por VIH na ilha de Santiago”

Aluno: António Lima Moreira

Orientadora: Professora Dra. Inês Fronteira

Co-orientadora: Professora Dra. Maria do Rosário Fraga de Oliveira Martins e Dra. Ana Maria Azevedo Vasconcelos Correia

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento, realizada sob a orientação científica do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

*"A SIDA É UMA EPIDEMIA QUE
ATINGE UMA MULTIDÃO. VIVEMOS
UMA HISTÓRIA DESTE TEMPO."*

HERBERT DANIEL

DEDICATORIA

Dedico esta conquista a minha família e todos os que me auxiliaram no crescimento e construção do que hoje sou.

“Não basta o conhecimento, é preciso ter habilidade para realizar, mas não basta o conhecimento e habilidade se não tiver atitude para modificar”.

(anónimo)

AGRADECIMENTOS

A minha família, especialmente aos meus pais, exemplo de busca quotidiana para aprender, educar e amar, apoiando em todos os momentos.

Agradeço a minha orientadora e co-orientadoras, pelo conhecimento, incentivo, paciência e apoio durante todo o período, inclusive com os precalços ocorridos durante a realização da dissertação.

Meu apreço e agradecimento aos professores do I CIESP pelas ideias e conhecimentos transmitidos com qualidade e sensibilidade.

Aos funcionários do Centro de Formação Médica Especializada pelo acolhimento, compreensão e apoio.

Aos meus colegas pelo apoio e trocas durante todo o período de formação, especialmente aos colegas da Guiné Bissau.

Aos Delegados de Saúde da Praia, Santa Catarina, Santa Cruz e o Pólo de Sotavento pela disponibilidade dos dados, discussões e contribuições na elaboração desta dissertação.

A minha amiga, Sandra pelo apoio, compreensão e estímulo para a continuidade do aprendizado em todos os momentos.

Aos meus filhos, pelo carinho, apoio e compreensão pelas ausências.

Ao Grande Foco, pela protecção e alento nos momentos difíceis...

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar os casos com diagnóstico tardio da infecção por VIH na ilha de Santiago, no período de 2004 à 2011, com a descrição de sua distribuição e dos factores associados a esse diagnóstico.

MÉTODOS: Foram descritos 368 indivíduos, desses 191 foram identificados como casos e 177 como controlos registrados no Polo Regional de Sotavento, localizado na cidade da Praia, criado com o intuito de enfrentar a epidemia da SIDA, desde julho de 2004. Realizou-se estudo caso-controlo não pareado, com dados colectados por entrevistas presenciais que não estavam disponíveis nas bases de dados existentes, comparando pacientes com diagnóstico tardio da infecção por VIH com aqueles com diagnóstico precoce da infecção por VIH. Foram analisadas as variáveis: características sociodemográficas e comportamentais. Utilizou-se análise univariada, bivariada e regressão logística binária, hierarquizada na análise multivariada, com *odds ratio* como medida de associação e intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS: Na ilha de Santiago, 51,9 % dos indivíduos realizaram o diagnóstico tardiamente, com maior proporção de diagnóstico tardio em mulheres do que em homens (57,6 % vs 42,4 %). A população de 40 a 49 anos vem realizando exames tardiamente (34,5 %).

No estudo caso-controlo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na distribuição do sexo, estado civil e acesso aos serviços de saúde entre casos e controlos.

CONCLUSÕES: O estudo indica necessidade de novas abordagens na prevenção e diagnóstico precoce para as populações de maior vulnerabilidade e a manutenção da oferta do teste de VIH.

Palavras Chaves: Serodiagnóstico da SIDA. Diagnóstico tardio. CD4. Despistagem para o VIH Avaliação imunológica

SUMMARY

OBJECTIVE: To characterize the cases with late diagnosis of HIV infection on the island of Santiago, in 2004 to 2011, with the discretion of his destribution and factors associated with this diagnosis.

METHODS: A total of 368 individuals, 191 of these were identified as cases and 177 controls as recorded in the Leeward Regional Polo, located in Praia, created in order to confront the AIDS epidemic, since July 2004. We carried out a case-control study unpaired, with data collected by face to face interviews that were not available in existing databases, comparing patients with late diagnosis of HIV infection with those with early diagnosis of HIV infection. The variables: sociodemographic and behavioral. We used univariate, bivariate and binary logistic regression, hierarchical multivariate analysis with odds ratio as a measure of association and a confidence interval of 95%.

RESULTS: On the island of Santiago, 51.9% of individuals diagnosed belatedly realized, with a higher proportion of late diagnosis in women than in men (57.6% vs 42.4%). The population of 40 to 49 years has been conducting tests later (34.5%). In case control study found no statistically significant differences in sex distribution, marital status and access to health services between cases and controls.

CONCLUSIONS: This study indicates a need for new approaches in the prevention and early diagnosis for the most vulnerable populations and maintaining the supply of HIV test.

Keywords: AIDS Serodiagnosis. Late diagnosis. CD4-Positive T-Lymphocytes HIV testing Immunologic assessment

Índice

| | |
|--|-----|
| Lista de figuras..... | ix |
| Lista de quadros | x |
| Lista de Abreviaturas | xii |
| CAPÍTULO1- FUNDAMENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 8 |
| CAPÍTULO 3. MATERIAL E MÉTODOS | 21 |
| 3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO | 21 |
| 3.1.1. Estudo caso-controlo..... | 21 |
| 3.2. População e amostra | 22 |
| 3.2.1. Casos..... | 24 |
| 3.2.2. Critérios de inclusão | 24 |
| 2.2.3. Critérios de exclusão..... | 25 |
| 3.2.4. Controlos..... | 25 |
| 3.3. Exposição..... | 26 |
| 3.4. Fontes de dados..... | 26 |
| 3.5. Instrumento de colheita de dados..... | 26 |
| 3.6. Variáveis de estudo | 27 |
| 3.6.1. Variável dependente..... | 27 |
| 3.6.2. Variáveis Independentes | 27 |
| 3.7 Análise estatística dos dados..... | 28 |
| 3.7.1. Análise descritiva..... | 28 |
| 3.7.2. Análise univariada | 28 |
| 3.7.3. Análise multivariada | 28 |
| 3.8. Aspectos éticos..... | 30 |
| 3.9. Taxas de participação no inquérito | 30 |
| 3.10. Taxas de resposta por pergunta..... | 30 |
| CAPÍTULO 4. RESULTADOS | 31 |
| 4.1. Características sócio-demográficas..... | 31 |
| 4.2. Análise bivariada | 34 |
| 4.2.1. Idade..... | 34 |
| 4.2.2. Estado civil..... | 34 |

| | |
|---|----|
| 4.2.3. Grau de instrução | 35 |
| 4.2.4. Profissão..... | 35 |
| 4.2.5. Condição de trabalho | 35 |
| 4.2.6. Cidade de residência | 35 |
| 4.2.7. Diagnóstico e acesso | 35 |
| 4.2.8. Concelhos de residência..... | 37 |
| 4.2.9. Seguimento por Regiões Sanitárias | 37 |
| 4.2.10. Concelhos de residência versus seguimento | 38 |
| 4.2.11. Revelação da seropositividade | 39 |
| 4.2.12. Meio de contágio ao VIH..... | 40 |
| 4.3. Análise multivariada | 40 |
| CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO | 42 |
| CAPÍTULO 6. CONCLUSÃO | 48 |
| Lista de Referências | 53 |
| ANEXOS | 59 |

Lista de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Probabilidade de SIDA ou Morte de acordo com a contagem Linfócitos TCD4 <i>helper</i> durante os três primeiros anos..... | 6 |
| Figura 2 – Evolução do número de novos casos de infecção por VIH por sexo e ano, em Cabo Verde entre 1987-2009 | 10 |
| Figura 3 – Evolução da prevalência das grávidas seropositivas nos postos de sentinel, da Praia e Mindelo 1989–2008..... | 11 |
| Figura 4 - Casos VIH notificados por motivo do pedido do teste e sexo Ano 2009..... | 13 |
| Figura 5- Estrutura Básica de Estudos Caso-Controllo..... | 22 |
| Figura 6 - Fluxograma das etapas de limpeza, cruzamentos e análise dos dados | 23 |
| Figura 7 - Proporção de pacientes com o diagnóstico tardio e precoce por VIH..... | 44 |
| Figura 8 - Procedência do teste por VIH | 45 |

Lista de quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Factores que influenciam o diagnóstico precoce por VIH | 3 |
| Quadro 2 - Estratégias para incentivar o diagnóstico precoce da infecção por VIH..... | 5 |
| Quadro 3 – Evolução do número de testes de despistagem VIH, 2003-2009 realizados nos Centros de despistagem de Cabo Verde | 11 |
| Quadro 4 - Total de casos de SIDA notificados por Concelhos, Ilha Santiago – Ano 2009 | 13 |
| Quadro 5 – Total de Testes VIH realizados, ano 2011 nos Concelhos de Santiago | 15 |
| Quadro 6 – Características e principais conclusões de estudo sobre o diagnóstico tardio de infecção por VIH nos países industrializados e emergentes, entre 1996 a 2011..... | 16 |
| Quadro 7 - Resultados dos estudos existentes no mundo sobre o diagnóstico tardio de infecção por VIH/SIDA..... | 17 |
| Quadro 8 – Motivos para o diagnóstico tardio e precoce por VIH | 19 |
| Quadro 9 – Razões dadas pelos médicos para a despistagem precoce e justificativos para a despistagem tardia por VIH | 19 |
| Quadro 10 - Perguntas mais importantes: taxas de respostas..... | 31 |
| Quadro 11 – Distribuição das características sociodemográficas e comportamentais dos casos e dos controlos..... | 33 |
| Quadro 12 – Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme a procedência. Ilha de Santiago, 2004-2011..... | 36 |
| Quadro 13 – Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme a idade, o acesso e o tempo de diagnóstico. Ilha de Santiago, 2004-2011 | 37 |
| Quadro 14 – Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme o Município de residência. Ilha de Santiago, 2004-2011 | 37 |
| Quadro 15 – Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme as regiões sanitárias. Ilha de Santiago, 2004-2011..... | 38 |

| | |
|--|----|
| Quadro 16 – Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme o local de residência e os Centros de Saúde. Ilha de Santiago, 2004-2011 | 39 |
| Quadro 17 – Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme a revelação ou não da sua seropositividade. Ilha de Santiago, 2004-2011 | 40 |
| Quadro 18 – Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme o meio de contágio ao vírus. Ilha de Santiago, 2004-2011..... | 40 |
| Quadro 19 - Resultado do Modelo final da análise multivariada para associação das variáveis independentes com o diagnóstico tardio por VIH, Santiago 2004 – 2011..... | 42 |

Lista de Abreviaturas

ADV - Aconselhamento e Despistagem Voluntária

APIS- Inquérito aos Indicadores de Prevenção de VIH-SIDA
(*Aids Prevention Indicators Survey*)

ARV - Anti-retroviral

CAPs - Conhecimentos, atitudes e práticas sociais

CCSSIDA – Comité de coordenação do combate à SIDA

CD4 – Linfócitos T CD4 *helper*

CDC – Centro de Controlo e Prevenção de Doenças
(*Centers for Disease Control and Prevention*)

CMC – Comunicação para Mudança de Comportamento

DVA – Despistagem Voluntária Anónima

EBI – Ensino Básico Integrado

ES – Ensino Secundário

ESOPE - Monitoramento e Avaliação dos Programas Operacionais ESTEHR (*Evaluation et Suivi Opérationnel des Programmes ESTEHR*)

IC – Intervalo de Confiança

IDSR II – Inquerito Demográfico e de saúde Reprodutiva II

IEC – Informação, Educação e Comunicação

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

ELISA - Teste imunoenzimático que permite a detecção de anticorpos específicos no soro
(*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*)

FS – Formação Superior

HAART - Terapia Antitretroviral de alta Atividade ou TARV
(*High Activity Antitretroviral Therapy*)

HAN – Hospital Dr. Agostinho Neto

HSH – Homens que fazem sexo com Homens

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas
 OR - *Odds Ratio* (ou razão de chances)
 PLS - Programa Nacional de Luta contra o VIH/SIDA
 PS – Profissionais de sexo
 PTV – Prevenção Transmissão Vertical
 PVVIH – Pessoas que vivem com o VIH
 SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
 SIS - Sistema de Informação Sanitária
 SPSS – Programa Estatístico para as Ciências Sociais (*Statistical Package for the Social Sciences*)
 TARV - Terapia Anti-Retroviral combinada de alta potência
 TCD4- Linfócitos TCD4
 UDI – Uso de drogas intravenoso
 UNAIDS - Programa conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
 (*The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*)
 UNGASS- Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas
 (*United Nations General Assembly Special Session*)
 VACH- Grupo Espanhol de Estudos Multicêntricos
 VERDEFAM - Associação Cabo-Verdiana para a Protecção da Família
 VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

CAPÍTULO1- FUNDAMENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

A epidemia causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) representa um fenómeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência, nas diferentes regiões do mundo, depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO, 2001). A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) destaca-se entre as enfermidades infecciosas pela sua magnitude e pela extensão dos danos causados às populações. Isto explica-se pela rápida propagação mundial do VIH em poucos anos, desde que o primeiro caso foi relatado em 05 de Junho de 1981, tendo já infectado cerca de 34 milhões de pessoas até finais do ano 2010 (UNAIDS, 2011). Suas características e repercussões vêm sendo discutidas e estudadas pela comunidade científica e pela sociedade em geral (UNAIDS, 2011).

Os dados do relatório de 2010 do Programa conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (UNAIDS) sobre a epidemia mundial mostram que 2,7 milhões de pessoas foram infectadas com VIH em 2009. Diariamente, sete mil pessoas são infectadas pelo VIH no mundo, ao mesmo tempo que metade (50 %) das 34.000.000 pessoas com o VIH, não sabe que são portadores do vírus.

Todos os dias, 2.500 jovens no mundo são contaminados pelo VIH e jovens com a faixa etária dos 15 a 24 anos representam 41% das novas infecções.

No mundo, as mulheres jovens representam mais de 60% de todos os jovens que vivem com VIH e em África, essa taxa sobe para 72%.

Porém a África Subsaariana continua a ser região mais afectada pela epidemia, tendo 69% de todas as novas infecções por VIH (UNAIDS, 2011).

A Organização das Nações Unidas (ONU) vem discutindo sistematicamente as estratégias para a luta contra a epidemia que envolve acções de prevenção, diagnóstico e tratamento, além das questões vinculadas aos direitos humanos como estigma, preconceito e discriminação. A luta contra a infecção pelo VIH/SIDA exige esforços urgentes de todos os continentes para ampliar a capacidade de resposta ao crescente aumento de casos.

Em Cabo Verde, de acordo com o Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva II (IDSR II), realizado em 2005, a seroprevalência de infecção por VIH foi de 0,8%, verificando-se um aumento de cerca de 0,4 %, em relação ao inquérito de seroprevalência realizado em 1989 (CCSSIDA, 2006).

A taxa de incidência da infecção por VIH tem vindo a aumentar desde 2000, quando era de 26,1%, e em 2009 ela foi de 62,7% (CPLP, 2010). Isto provavelmente estará relacionado, em parte, com o alargamento da estratégia de prevenção de transmissão mãe-filho, que permitiu às Delegacias de Saúde de todo o país terem acesso a testes para o rastreio da infecção nas grávidas.

Cabo Verde, através das políticas de saúde pública e de direitos humanos desenvolve várias estratégias para garantir as acções de prevenção, diagnóstico e tratamento com carácter universal e de acordo com os demais princípios do Sistema Nacional de Saúde – SNS, a saber: integralidade, equidade, resolutividade, descentralização e participação da população.

Com a introdução da terapia antiretroviral, em Dezembro de 2004, alterou-se a sobrevivência das pessoas que vivem com o VIH/SIDA que tem acesso universal garantido, sendo o tempo mediano de sobrevivência estimado de 186 meses. Comparando os dois grupos de doentes com e sem tratamento, verificou-se que a taxa de ocorrência da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida tem vindo a aumentar progressivamente, tendo passado de 9,3/1000 pessoas mês em 2004 para 60,0/1000 pessoas mês em 2010 (ALMEIDA, 2013).

O início tardio dos cuidados de saúde aos pacientes com VIH ainda é comum em vários países (GIRARDI, 2007; ADLER, 2009).

Estima-se que nos países industrializados cerca de 25 % dos indivíduos infectados pelo VIH desconheça o seu estado serológico (GIRARDI, 2007). Porém, o desconhecimento do diagnóstico nos países em vias de desenvolvimento atinge a vasta maioria da população afectada.

Muitos indivíduos são testados tardiamente e, com frequência, por conta da presença de sinais e sintomas da infecção (WORTLEY, 1995). Por outro lado, mesmo que o diagnóstico seja realizado precocemente, não há garantia que os indivíduos procurem tratamento oportuno devido à circunstância em que foi realizado o teste VIH e o aconselhamento pós-teste (VALDISSERI, 1999), ao uso inadequado de serviço de saúde (acompanhamento clínico irregular e atraso no monitoramento laboratorial) (STÖHR, 2007; CAMORDY, 2003), e ao próprio indivíduo (medo de reacções adversas, sentir-se bem sem uso de ARV, esquemas posológicos complexos e uso de drogas ilícitas) (BROOK, 2004; BASSETI, 1999).

Outros factores também têm sido descritos como barreiras para a procura de acompanhamento nos serviços de saúde podendo acarretar início tardio da TARV,

incluindo a dificuldade de aceitação do diagnóstico de VIH/Sida, problemas financeiros, conhecimento limitado sobre VIH e atitudes negativas dos profissionais de saúde (GIRARDI, 2004; SAMET, 1998).

Estudos realizados em países industrializados constataram que 18% a 43% dos novos casos de infecção por VIH diagnosticados se apresentam em fases tardias (GIRARDI, 2007).

Novas definições para o diagnóstico tardio de infecção por VIH e estado avançado de doença foram propostas por pesquisadores do Reino Unido. Num artigo publicado na edição online da revista *AIDS*, os autores sugerem que os pacientes que tenham uma contagem de células CD4 inferiores a 350 células/mm³ – o limite actual para dar início ao tratamento para o VIH – no momento em que forem diagnosticados como infecção pelo VIH, devem ser definidos como tendo um diagnóstico tardio (UK CHIC, 2010).

O tempo entre o diagnóstico de seropositivo e a procura dos cuidados médicos variou entre 1 e 5 anos, nos estudos realizados nas seguintes cidades dos Estados Unidos da América: Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Maryland, Michigan, Minnesota, New Jersey, New Mexico, South Carolina, Texas e Washington (CDC, 2000).

O diagnóstico atempado da infecção por VIH depende de múltiplos factores: individuais, comportamentais e sociais, que devem ser contemplados na definição das estratégias de prevenção e diagnóstico precoce (quadro 1).

Quadro 1: Factores que influenciam o diagnóstico precoce por VIH

| | | |
|-----------------------|---|---|
| Factor individual | <p>Maior renda e maior nível de escolaridade;</p> <p>Bom conhecimento e atitude sobre o VIH</p> | <p>Sorvillo, 1998</p> <p>Schoenborn, 1994</p> |
| Factor comportamental | <p>Percepção de risco (Sentir-se em risco);</p> <p>Homens que fazem sexo com Homens (HSH);</p> <p>Conhecimentos, atitudes e práticas sociais (CAPs)</p> | <p>Irwin, 1996</p> <p>Phillips 1995; Norton 1997</p> <p>Dearing, 1996</p> |

| | | |
|-------------------|--|--|
| | Usuários de drogas intravenenosos (UDI) | Castilla, 2002 |
| | Benefícios dos ARV | Hickson, 1998 |
| Factor geográfico | Criação de “Zonas/Espaços Seguros” Serviços de aconselhamento, despistagem voluntária, anónima acessível Acesso aos serviços para a realização de teste anti-VIH | Ryan, 1998 Bindman, 1998 Girardi E, 2004 |
| Factor político | Acesso universal ao diagnóstico precoce e prevenção da infecção por VIH | Danziger, 1998 |

Durante a última década, a maioria dos Programas de luta contra o VIH têm-se centrado na prevenção de infecções nos indivíduos considerados de alto risco, em detrimento do diagnóstico precoce da infecção por VIH na população, com algumas excepções (prevenção transmissão mãe filho e acesso nos centros ADV).

O tratamento com os ARV tem tido um grande impacto no controlo da propagação da epidemia e actualmente a promoção no diagnóstico precoce da infecção por VIH tem sido a prioridade dos países industrializados e em vias de desenvolvimento.

Para que as iniciativas de prevenção sejam bem sucedidas, são necessárias estratégias complementares, (quadro 2).

Quadro 2: Estratégias para incentivar o diagnóstico precoce da infecção por VIH

Rastreio de rotina nos indivíduos de alto risco para VIH:

Pacientes que compartilham vias semelhantes de transmissão para VIH (por exemplo, infecções sexualmente transmissíveis, hepatite viral)

Pacientes com sinais de imunossupressão (por exemplo, tuberculose)

Estruturas de saúde que prestam cuidados nos indivíduos com uma alta prevalência de infecção (por exemplo, serviços de tratamento da dependência de drogas)

Indivíduos que vivem em áreas com alta incidência de infecção por VIH

Teste de VIH de rotina para mulheres grávidas

Direccionadas para populações específicas com o risco tardio de rastreio para o VIH (por exemplo, os heterossexuais)

Uso de teste de diagnóstico rápido para o VIH

Notificação de parceiros para reduzir a transmissão e prevenir novas infecções por VIH

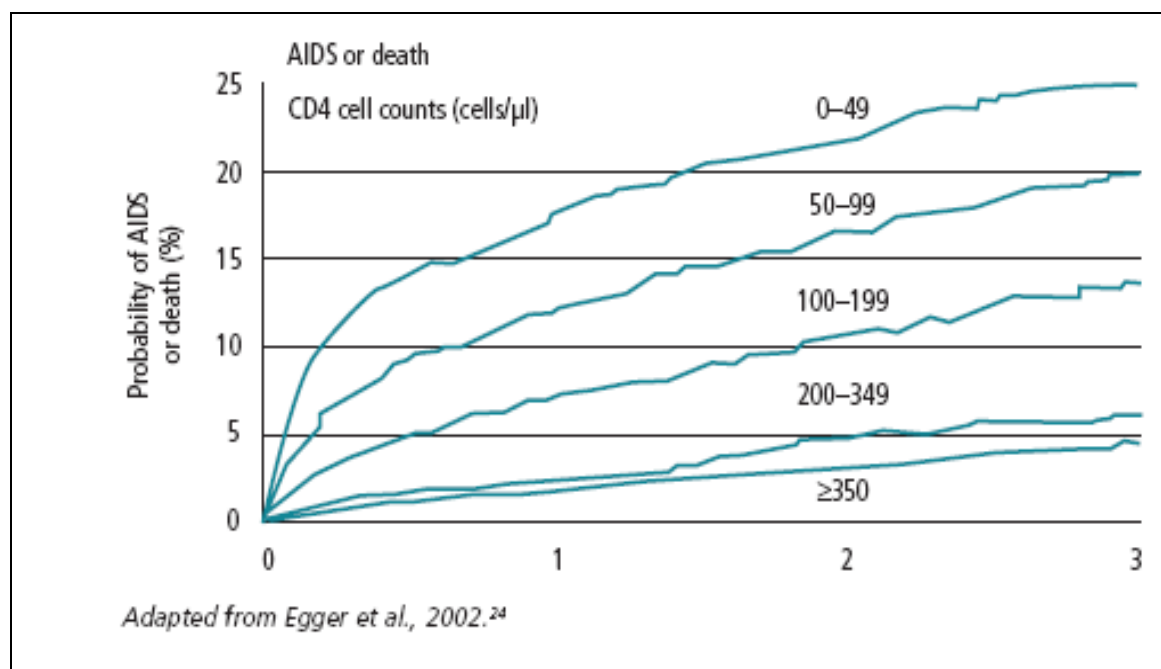
Estratégias de redes sociais para identificar indivíduos de alto risco de infecção por VIH e estimulando-os a serem testados para VIH

Fonte: Girardi et al J Acquir Immune Defic Syndr, September 2007

Apesar dos benefícios da terapêutica anti-retrovírica, muitos doentes são diagnosticados em fases tardias da infecção por VIH, apresentando maior risco de desenvolvimento de doenças e infecções oportunistas e de morte.

O diagnóstico tardio da infecção por VIH é um dos factores responsáveis pelo aumento da incidência da SIDA e de mortes associadas, sendo um importante obstáculo para a prevenção eficaz e para o controlo da propagação da infecção (CAVASSINI e ELZI, 2008), (figura 1).

Figura 1: Probabilidade de SIDA ou Morte de acordo com a contagem Linfócitos TCD4 helper durante os três primeiros anos



Fonte: ART CC. Egger et al, *Lancet*. 2002

A motivação para realização deste estudo, em Santiago/Cabo Verde, fundamenta-se nos dados apresentados no relatório do balanço geral do PLS 2008/09, no qual se refere que há uma parcela significativa de indivíduos que chegam aos serviços de saúde num estado muito avançado da doença, 44,9 % (462/1029) em 2008 e 50,6 % (579/1144) em 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Outro aspecto que justifica a realização deste estudo é que, segundo o inquérito aos indicadores de prevenção de VIH/SIDA (APIS, 2009), 71% dos indivíduos com idade entre os 15 - 49 anos nunca fizeram rastreio da infecção por VIH, 25 % já fizeram o teste de VIH nos últimos 12 meses e conhecem os seus resultados, 2,5 % já fizeram o teste e não receberam os resultados e para 1,5 % não existem informações (INE, 2009). Relações sexuais de risco para o VIH (sexo desprotegido, parceiros ocasionais e múltiplos, associadas ao álcool, a drogas), atendimento pré-natal e doação de sangue têm sido motivos para realizar o teste.

Neste estudo a contagem dos valores de células TCD4, que serve de parâmetro actualmente para se determinar o grau de imunodeficiência apresentado pelo seropositivo, foi utilizada para definir o diagnóstico tardio da infecção do VIH. Assim considera-se diagnóstico tardio aquele cuja contagem de células TCD4 é inferior a 350 células/mm³.

Num artigo publicado na edição online da revista *AIDS*, os autores sugerem que os pacientes que tenham uma contagem de células CD4 inferiores a 350 células/mm³ – o limite actual para dar início ao tratamento para o VIH – no momento em que forem diagnosticados como infecção pelo VIH, devem ser definidos como tendo um diagnóstico tardio (UK CHIC, 2010).

Com este estudo pretende-se contribuir para o melhor conhecimento do VIH/SIDA em Santiago com vista a contribuir para a redução da incidência e mortalidade resultante, conforme os propósitos dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio

CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Situação actual da Epidemia do VIH nos países africanos de língua oficial portuguesa e em particular Cabo Verde

De entre os PALOP, Moçambique, apresenta uma seroprevalência de infecção por VIH comparativamente mais alta, com uma prevalência da infecção estimada em 16 % (14-17 %) entre a população de 15-49 anos (2007).

Aproximadamente 1,6 milhões de pessoas estão infectados pelo VIH neste país e estima-se em cerca de 160 mil óbitos por SIDA no ano 2006.

Observam-se diferenças na evolução da epidemia de VIH nas diferentes regiões do país: o centro e as regiões setentrionais apresentam uma tendência de estabilidade, enquanto o sul demonstra uma tendência ascendente para a epidemia do VIH. A maioria das novas infecções por VIH ocorre nos jovens. A taxa de prevalência nos grupos de 15-24 anos é, portanto, mais representativa para as infecções recentes e indica a evolução da taxa de incidência na população em geral. As taxas de prevalência do VIH nas mulheres jovens (15-24 anos) que frequentam clínicas de pré-natal continuam a aumentar, de uma estimativa de 15,6 % em 2004 para 16,2 % em 2007 (CPLP, 2010).

Na Guiné-Bissau, estudos recentes indicam uma prevalência do VIH estimada em 7,3 %.

No entanto, o país continua a estar numa situação de epidemia generalizada do VIH e corre o risco de uma expansão massiva da epidemia. A taxa de prevalência do VIH 2 nas mulheres grávidas tem reduzido de forma progressiva desde 1997, até chegar a 2,7 % em 2004. Durante esse mesmo período, a taxa de prevalência do VIH 1 aumentou gradualmente a 5,2 % em 1999. Depois se estabilizou em torno de 5 %.

Em 2007, foi realizada uma pesquisa sobre a taxa de prevalência do VIH nos profissionais do sexo na Guiné-Bissau. Observou-se uma prevalência do VIH 26,8 % (VIH 1 ou 2) entre os profissionais do sexo pesquisados. Nota-se uma diferença importante entre a taxa de prevalência nos profissionais do sexo na capital (65,7 %) e outras regiões (16,9 %) (CPLP, 2010).

Em 2010, foi realizada uma pesquisa sobre a taxa de prevalência do VIH nos homens que fazem sexo com homens (HSH) e é diferente de cidade para cidade. Em Bissau 25 % da população HSH encontra-se infectada pelo VIH, dos quais 16,7 % com VIH 2.

Igualmente, 8,3 % da população dos HSH residente na capital apresenta infecção com Sífilis (ENDA SANTÉ, 2010).

Angola apresenta uma seroprevalência estimada em 2,1 % na população adulta.

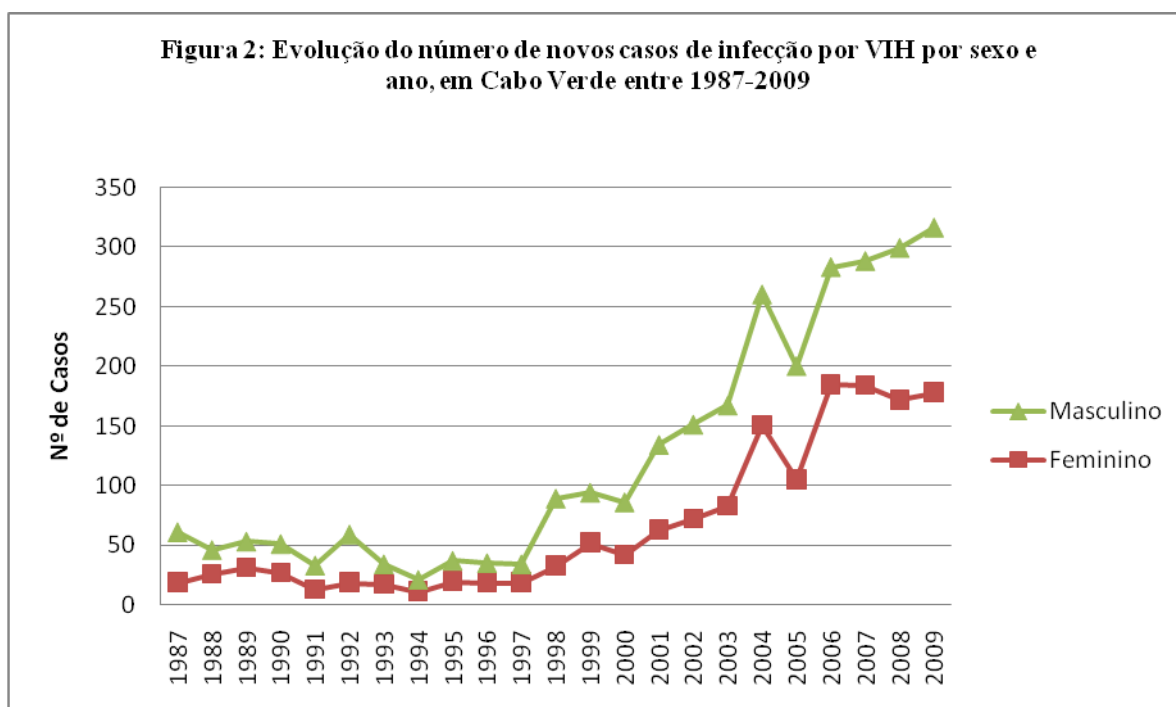
A evolução da epidemia tem características epidemiológicas diferentes segundo a área geográfica. Verifica-se um crescimento do número de novos casos nas províncias, particularmente nas regiões fronteiriças e nas cidades com alta densidade populacional como Luanda. Essas tendências estão associadas à grande mobilidade populacional, à pobreza e ao limitado acesso aos cuidados primários de saúde. Os dados disponíveis demonstram uma maior prevalência entre mulheres, cuja transmissão ocorre predominantemente por meio de relações heterossexuais. Os novos casos registrados afectam principalmente mulheres. Trata-se, portanto, de uma epidemia já feminizada, cujo enfrentamento exige estratégias especiais frente à desigualdade de género.

Em São Tomé e Príncipe, a taxa de prevalência de infecção por VIH estimada, em 2005, era de 1 %. Desde 2004, observou-se um aumento de casos, muito maior no sexo feminino do que no sexo masculino. Em 2006, foram atendidos pelo Programa de Luta contra o SIDA, aproximadamente 14 % dos pacientes que necessitavam de Tratamento Anti-Retroviral. Esta percentagem aumentou para 24,7 % em 2007.

Os testes voluntários do VIH foram iniciados em 2003. Actualmente, 32 serviços de saúde oferecem testes voluntários. Os testes estão disponíveis em todos os distritos do país (CPLP, 2010).

Em Cabo Verde, desde o primeiro diagnóstico de SIDA em 1986, foram registados progressos significativos no combate, prevenção e tratamento do VIH/SIDA (CCSSIDA, 2011).

A partir de 2004, os dados de notificação do Ministério da Saúde (MS) indicam que a incidência da infecção nas mulheres ultrapassou a dos homens, situação que pode ser justificada pelo incremento do acesso das mulheres ao teste, através da Prevenção Transmissão Vertical (PTV). Dos 319 novos casos notificados, em 2009, 43,9 % eram do sexo masculino e 56,1 % do sexo feminino. Outro aspecto a salientar, de acordo com esses dados, é o facto de, nos últimos 4 anos, a incidência parecer ter uma tendência estacionária nas mulheres, contrariamente ao que tem acontecido com a incidência nos homens, com uma tendência ascendente, no mesmo período (figura 2).



Fonte: Ministério da Saúde, 2010

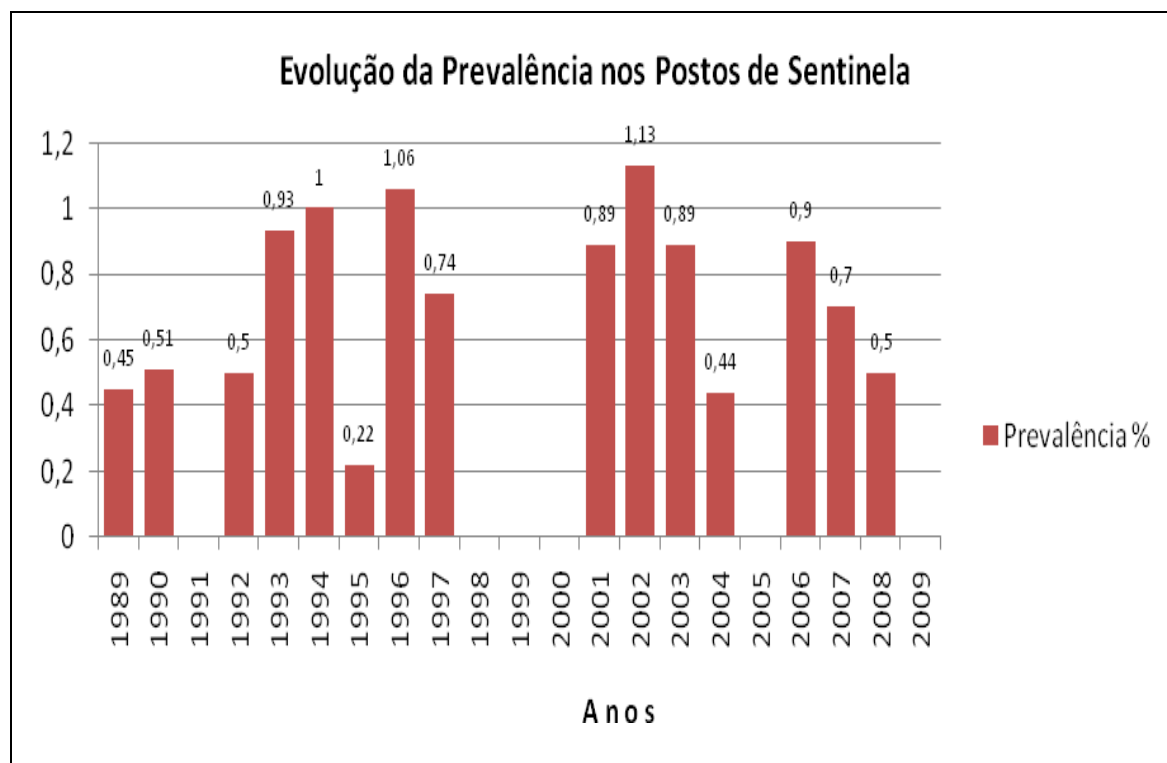
Em 2008, 16.016 testes rápidos foram realizados com um resultado de 1,7 % de casos positivos (Ministério da Saude, 2009).

Em 2009, o número de testes realizados foi de 19.304, com 1,5 % de novos casos positivos (Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, 2009).

No final de 2009, 1.323 pacientes infectados com VIH foram avaliados e registados nos pólos de tratamento aumentando a taxa de cobertura para 73,5 % (Ministério da Saúde, 2010).

Em Cabo Verde, um estudo realizado em Maio de 2011 (CCSSIDA, 2010) revelou uma taxa de prevalência do VIH de 5,3 % nas trabalhadoras/profissionais do sexo, um dado de grande importância, pois fornece as primeiras evidências de uma Epidemia do VIH/Sida do tipo “Concentrado” (ENDA SANTÉ, 2011) se tivermos em conta, para além disso, que a prevalência do VIH tem sido, nos últimos anos regularmente inferior a 1% nas grávidas testadas nos postos sentinela na Praia e no Mindelo (figura 3).

Figura 3: Evolução da prevalência das grávidas seropositivas nos postos de sentinela 1989 – 2008



Fonte: Ministério da Saúde, 2009

A vigilância epidemiológica de segunda geração define a epidemia concentrada para o VIH, quando a prevalência do VIH, é regularmente superior a 5 % em pelo menos um dos subgrupos e é inferior a 1 % nas grávidas residentes em zonas urbanas¹.

A sessão especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas (UNGASS) propôs, como um dos indicadores centrais de monitoramento dos programas de saúde de países com epidemia concentrada em VIH/SIDA, a avaliação da proporção das populações sob risco testadas para o VIH nos últimos 12 meses e que conhecem o resultado (UNAIDS e ONUSIDA, 2010), demonstrando a importância da disponibilização e realização de despistagem para a população.

Actualmente, o país dispõe de 29 centros despistagem, contra os seis que existiam em 2007. Estes centros são responsáveis pela oferta do teste a mulheres grávidas, indivíduos que desejam ser testados de forma voluntária e pacientes suspeitos de estarem infectados e

¹OMS/ONUSIDA. Recommandations pour les enquêtes sérologiques sentinelles concernant le VIH Femmes enceintes et autres groupes, 2004; pag. 4

que são enviados pelos seus médicos. Esta disponibilidade permitiu obter uma perspectiva mais ampla e abrangente da realização do teste de VIH (quadro 3).

Quadro 3: Evolução do número de testes de despistagem VIH, 2003-2009 realizados nos Centros de despistagem de Cabo Verde

| Anos | Total de testes realizados |
|------|----------------------------|
| 2003 | 3 542 |
| 2004 | 8 106 |
| 2005 | 8 159 |
| 2006 | 13 467 |
| 2007 | 14 164 |
| 2008 | 16 016 |
| 2009 | 19 304 |

Fonte: Ministério da Saúde, 2009

Por regiões, a região de Sotavento, que inclui as ilhas de Santiago, Maio, Fogo e Brava, é a mais afectada com uma taxa de prevalência de 1,1%. A região de Barlavento, que inclui ilhas de Santo Antão, São Vicente, São Nicolau, Sal e Boa Vista, registou uma taxa de prevalência de 0,1 %.

Os centros urbanos apresentaram uma taxa de prevalência de 0,9 % contra 0,6 % nas zonas rurais.

2.2 Testes para detecção do VIH: acessibilidade, cobertura, estudos populacionais

Em todas as Delegacias de Saúde do país são prestados serviços de despistagem anónima e voluntária do VIH através de realização de testes rápidos às pessoas que queiram, livremente, conhecer o seu estado serológico mediante aconselhamento pré e pós-teste. Os contactantes dos seropositivos também são aconselhados a fazer o teste.

No Laboratório Elisa dos Hospitais Centrais são realizados testes para vigilância epidemiológica (posto sentinela, sondagem, inquérito), testes aos pacientes hospitalizados, aos candidatos a doação de sangue e controlo da qualidade dos testes realizados nos diferentes Centros de despistagem do país.

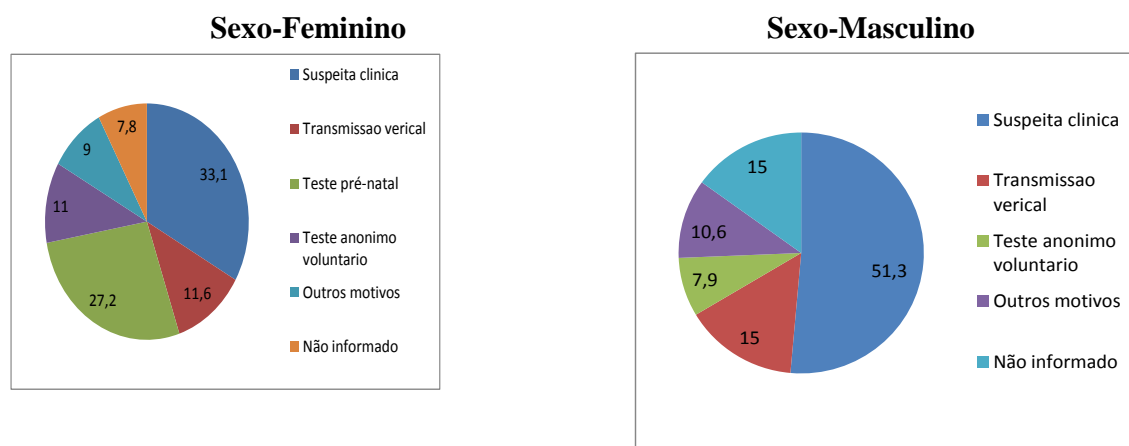
Entre 2005 e 2011, o país passou de 6 para 29 centros de aconselhamento e rastreio de VIH.

Nos Centros de Saúde Reprodutiva, são aconselhadas e oferecidas testes rápidos as grávidas, nas primeiras consultas pre-natais, tendo aumentado a cobertura de serviços de 13 % para 80 % de 2005 a 2009 (CCSSIDA, 2011).

Os serviços de aconselhamento e despistagem voluntária foram reforçados, a partir de 2008 até presente data, com a oferta, pela ONG Associação Cabo-Verdiana para a

Protecção da Família (VERDEFAM), de serviços mais próximos da população, através dos seus centros “CIN-Saúde” nas cidades da Praia, do Tarrafal, do Mindelo, de São Filipe (Fogo) e de Espargos (Sal), e de brigadas móveis que se deslocam às comunidades e bairros, com boa adesão das populações.

Figura 4: Casos VIH notificados por motivo do pedido do teste e sexo Ano 2009



Fonte:Ministério da Saúde, 2010

A maioria dos doentes foi diagnosticada por suspeita clinica relacionada a SIDA, sendo o sexo masculino com 51,3 % (58/113) e o sexo feminino com 33,1 % (51/154).

A percentagem de doentes diagnosticados para o VIH, através da despistagem anónima voluntária foi maior nas mulheres (11,0 %; 17/154) do que nos homens (7,9 %; 9/113).

2.3 Situação Epidemiológica do VIH/SIDA na ilha de Santiago

Santiago é a primeira ilha de Cabo Verde em número de casos notificados de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, quadro 4.

Quanto à distribuição geográfica, o VIH está presente em todas as ilhas e concelhos do país, destacando-se a ilha de Santiago e o concelho da Praia como as regiões mais afectadas pela epidemia, situando-se as respectivas taxas de seroprevalência em 1,2 % e 1,7 %, valores superiores ao verificado a nível nacional (INE, 2005).

Quadro 4: Total de casos de SIDA notificados por Concelhos, Ilha Santiago – Ano 2009

| Concelhos | Caso Novo | Caso Conhecido | Total | % |
|----------------|-----------|----------------|-------|------|
| Praia | 42 | 11 | 53 | 61,6 |
| S. Miguel | 1 | 1 | 2 | 2,3 |
| S. Domingos | 1 | 0 | 1 | 1,2 |
| Ribeira Grande | 1 | 0 | 1 | 1,2 |

| | | | | |
|----------------|----|----|----|-------|
| Santa Catarina | 17 | 5 | 22 | 25,6 |
| Santa Cruz | 5 | 0 | 5 | 5,8 |
| Tarrafal | 2 | 0 | 2 | 2,3 |
| Total | 69 | 17 | 86 | 100,0 |

Se analisarmos a distribuição da infecção por zonas urbana e rural, o IDSII 2005 mostra que o meio urbano apresenta uma taxa de seroprevalência superior ao meio rural (0,9 % e 0,6 %, respectivamente). As taxas estimadas de prevalência em homens e mulheres, no meio urbano, situavam-se em 1,4 e 0,7 %, contra 0,4 % e 0,4 % respectivamente no meio rural. Com efeito, a maior taxa de infecção verificada nos homens acontece no meio urbano, uma vez que, no meio rural, os homens e as mulheres apresentam a mesma prevalência de infecção (INE, 2005).

Na faixa etária mais jovem 14-29 anos de idade, o número de mulheres infectadas é praticamente o dobro do que o de homens (46 mulheres e 25 homens). Esta situação está relacionada com a sua maior adesão e acesso ao Aconselhamento e Despistagem Voluntária (ADV), através da Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) (CCSIDA, 2011).

2.4 A assistência às pessoas vivendo com VIH/SIDA na ilha de Santiago

Segundo o Relatório do Programa de Luta contra o VIH/SIDA do Ministério da Saúde foram realizados no ano de 2011, 8.076 testes de rastreio para o diagnóstico do VIH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) nas estruturas públicas de saúde da ilha de Santiago (quadro 5).

A rede de saúde existente na ilha de Santiago é composta por 14 centros de aconselhamento e despistagem voluntária (ADV); 11 serviços de seguimento das pessoas que vivem com o VIH (PVVIH); 11 farmácias.

Existe um laboratório de referência (Laboratório ELISA do Hospital Dr Agostinho Neto) para a realização de Linfócitos T CD4 *helper* da Região Sotavento e nacional para a carga viral.

A rede de atenção à despistagem e ao seguimento dos seropositivos está localizada em todos os Municípios para a luta contra a epidemia do VIH/SIDA, que são os 22 Municípios do País.

Quadro 5: Total de Testes VIH realizados, ano 2011 nos Concelhos de Santiago

| Ilha | Concelho | Nº de habitantes | Total de testes VIH nas estruturas públicas de saúde | % |
|--------------|-----------------------------|-------------------------|---|----------|
| Santiago | Praia (R. Grande) | 139927 | 5632 | 69,7 |
| | São Domingos | 13808 | 268 | 3,3 |
| | Santa Cruz (S. Lourenço) | 3399 | 398 | 4,9 |
| | Santa Catarina (S.Salvador) | 51974 | 1328 | 16,4 |
| | São Miguel | 15648 | 194 | 2,4 |
| | Tarrafal | 18565 | 256 | 3,2 |
| Total | 9 Municípios | 273919 | 8076 | 100,0 |

Fonte:Ministerio da Saúde, 2012

As pessoas com infecção pelo VIH são seguidas nas várias estruturas de saúde em todas as ilhas de Cabo Verde

Segundo dados do PLS do Ministério da Saúde, até finais de 2011, foram avaliados 1.709 PVVIH, para efeito de seguimento. Nesse total, cerca de 42,1 % (719 pessoas) já estavam em TARV. Os dados de 2011 apontam, ainda, que cerca de 88 % dos pacientes em TARV cumpriu o esquema estabelecido, durante 12 meses consecutivos.

2.5 Estudos realizados no Mundo sobre o diagnóstico tardio da infecção para o VIH

Um estudo publicado em 2007 no Brasil sobre diagnóstico tardio (SOUZA, 2007), analisou dados de 2003 a 2006 e encontrou 41% dos pacientes com o diagnóstico tardio. Foram considerados para este cálculo pacientes com contagem de TCD4 inferior a 200 células/mm³ e os com contagem de 200 – 349 TCD4 células/mm³, com sintomas associados. Os factores associados ao diagnóstico tardio identificado foram: idade acima de 50 anos (53 % do total da faixa etária) e sexo masculino (47 %).

Nos países industrializados, aponta-se a revisão realizada por Girardi et al. (GIRARDI, 2007), com nove estudos de amostras de tamanho variado, durante o final da década de 90 e início dos anos 2000, os quais identificaram variação de 29 a 41 % de diagnóstico tardio. Um breve resumo de estudos sobre o diagnóstico tardio realizado na Europa e outras partes do mundo está apresentado no quadro 6 e 7.

Quadro 6: Características e principais conclusões de estudo sobre o diagnóstico tardio de infecção por VIH nos países industrializados e emergentes, entre 1996 a 2011

| Estudo | País | Período | Nº de pacientes VIH | Proporção do Diagnóstico Tardio (%) | Características e principais conclusões |
|----------------------|----------------------|----------------|----------------------------|--|--|
| Krentz | Canadá | 1996-2001 | 241 | 39 | Factores associados de riscos: idade avançada, heterossexualidade, sexo masculino |
| Girardi | Itália | 1997-2000 | 713 | 39 | Factores associados de riscos: idade avançada, sem antecedentes de teste de VIH negativo |
| Chadborn | Inglaterra | 1998-2001 | 5.655 | 29 | População HSH: mais velho, vive fora de Londres |
| Delpierre | França | 1996-2005 | 4.516 | 38 | Factores associados de riscos: heterossexuais, casado com filhos, desemprego |
| Castilla | Espanha | 2000-2004 | 1.807 | 40 | Factores associados de riscos: sexo masculino, idade avançada |
| CDC | EUA | 2001-2005 | 4.315 | 41 | SIDA diagnosticada um ano após a serologia positiva por VIH. Oportunidades perdidas (1-4 anos) para o diagnóstico precoce em 73 % dos pacientes. Falta de abordagem VIH na maioria das consultas feitas. |
| Sullivan | Inglaterra e Irlanda | 2003 | 977 | 33 | Factores de risco: heterossexuais idosos. Factores de protecção: homossexual, jovem |
| Orchi | Itália | 2004-2007 | 976 | 29.5 | 55% dos pacientes idosos (idade >50 anos) |
| Wolbers | Suiça | 1998-2007 | 1.915 | 31 | Factores de risco: heterossexual, idosos. Factores protectores: homens que fazem sexo com homens (HSH); uso de drogas intravenoso (UDI), vive sozinho, teste VIH anterior |
| Gerardo Alvarez-Uria | Índia (Anantapur) | 2006-2011 | 6215 | 68,7 | Factores associados de riscos: sexo feminino, menor nível de escolaridade, viúva, separada ou divorciada e acesso aos cuidados de saúde e sexo |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | masculino e idade avançada num ambiente de cuidados hospitalar urbano |
|--|--|--|--|--|---|

Quadro 7: Resultados dos estudos existentes no mundo sobre o diagnóstico tardio de infecção por VIH/SIDA

| Autor | Local do estudo | Período do Estudo | Amostra | Critério para definição do diagnóstico tardio | Prevalência de diagnóstico tardio |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------|---|--|
| KILARU, K. R. et al /2004 | Barbados | 2002 | 103 | CD4 <200 cells/ μ l | 50 % |
| SOUZA-Jr/ et al/2007 | Brasil | 2003-2006 | 84.694 | 1- <200 células CD4 / mm ³ ; 2- 200 - 349 CD4 células/mm ³ nos indivíduos sintomáticos | 41 % |
| | Austrália (Hocking et al., 2000) | | 1021 | <8 Weeks from diagnosis to AIDS event | 24 % |
| | Espanha (Castilla et al., 2002) | | 30778 | HIV-positive test in the same/preceding month as AIDS event | 28 % |
| GIRARDI, E. et al/2007 | Estados Unidos (Klein et al., 2003) | | 388 | CD4 <200 cels/ μ l | 43 % |
| | Canadá (Krentz et al., 2004) | | 241 | CD4 <200 cells/ μ l | 39 % |
| | Itália (Girardi et al., 2004) | | 968 | CD4 <200 cells/ml or AIDS in preceding month | 39 % |
| | Reino Unido (Sabin et al., 2004) | | 719 | CD4 <50 cells/ μ l | 15 % |
| COBO, R. et al/2007 | Espanha | 1997-2002 | 2.820 | CD4 <200 cells/ μ l | 18 % |
| Ministério da Saúde, Brasil/2008 | Brasil | 2003-2006 | 115.441 | CD4 <200 cell/ μ l e CD4 = ou> 200 cells/ μ l com sintomas associados | 44 % |
| BONJOUR, M. et al/2008 | Venezuela | 2005-2006 | 225 | “Tardia apresentação” | 40 % |
| Thanawuth, N. et al/ 2008 | Tailândia | Jun 2004 a Fev de 2005 | 402 | Os sintomas no primeiro teste positivo e tempo entre o diagnóstico e o VIH de primeira contagem de CD4 | 55 % |
| Gerardo Alvarez-Uria et al /2012 | Anantapur/ Índia | 2006-2011 | 6215 | CD4< 350 cells/ μ l | 68,7 % |

| | | | | | |
|----------------------------|---------------------|-----------|------|------------------------|--------|
| Mark Dybul et al/2000 | EUA | 1999-2000 | 2223 | CD4<350 cells/ μ l | 57 % |
| Joseph C. Forbi et al/2010 | Keffi/abuja/Nigéria | 2005-2008 | 588 | CD4<350 cells/ μ l | 71,8 % |

Dos vários autores que trabalharam com diagnóstico tardio, estudando factores associados, destacam-se Girard et al. (GIARD, 2004) que realizaram uma revisão de 84 publicações entre 1993 a 2003 de diversos países desenvolvidos. Identificaram percentuais de diagnóstico tardio que variam entre 19 a 49 % associados com idade acima de 45 anos, sexo masculino, heterossexualidade e falta de triagem prévia. Nos demais estudos, foram apresentadas outras associações demográficas e clínicas, entre as quais merecem destaque o uso de droga injectável, a baixa escolaridade e, nos países europeus, ser imigrante de país subdesenvolvido, especialmente de África.

Em Cuba, um estudo realizado em 2007 (SOTO, 2010), indicava também o abuso de álcool entre os factores associados ao diagnóstico tardio.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde e a sua associação com diagnóstico tardio, um estudo Brasileiro, faz associação com o tamanho do município e com a presença de aconselhamento e despistagem voluntária (ADV), sendo o diagnóstico tardio maior nos Municípios com menos de 100 mil habitantes, 46,2 % naqueles sem ADV e 48,5 % nos Municípios sem programa SIDA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Na Inglaterra, um estudo publicado em 2004 e que foi realizado no Royal Free Hospital de Londres, constatou que 15% dos pacientes (719 pacinetes) se apresentaram tardiamente aos serviços de saúde (SABIN, 2004).

O diagnóstico tardio pode gerar grandes demandas sobre recursos clínicos, especialmente durante os primeiros meses. Enquanto alguns pacientes têm um mau resultado na terapia anti-retroviral altamente activa, muitos irão beneficiar dessa terapia com boa resposta imunológica e virológica.

São bastante heterogéneos os motivos para o diagnóstico precoce ou tardio e podem variar de acordo com o género, grupo de risco, educação, situação sócio-económica, acesso ao cuidado e política sanitária para a despistagem do VIH (quadros 8 e 9).

Quadro 8: Motivos para o diagnóstico precoce e tardio por VIH (CASSAVANI et ELZI, 2008)

| Motivos dos pacientes | |
|--|--|
| Realização precoce de teste por VIH | Realização tardia de teste por VIH |
| Sentir-se em risco | Não se considerar em risco |
| Bom conhecimento sobre o VIH: | Falta de conhecimento sobre o VIH: |
| <ul style="list-style-type: none"> Saber que um diagnóstico precoce influencia o resultado | <ul style="list-style-type: none"> Não sabe que um diagnóstico precoce influencia o resultado |
| Novo parceiro | Medo de despistagem porque: |
| Gravidez | Teria que “lidar” com parceiro estável |
| Diminuição da morbidade | Teria que lidar com o estigma |
| Diminuição da mortalidade | Teria que praticar sexo seguro |
| Diminuição do risco de exclusão social (pouca hospitalização e, portanto, pouca exposição) | Pode enfrentar questões de responsabilidade se ele/ela infecta alguém |
| Diminuição do risco da redundância (poucas ausências no trabalho, e menos suspeição por parte dos patrões) | Pode ter consequências sobre o emprego/rede social/familiar |
| Diminuição do risco de transmissão sexual | |

Quadro 9: Razões dadas pelos médicos para a despistagem precoce e justificativos para a despistagem tardia por VIH (CASSAVANI et ELZI, 2008)

| Médicos | |
|--|--|
| Razões para o rastreio precoce por VIH | Justificações para o teste tardio de VIH |
| Identificados os comportamentos de risco | Presumir que o paciente não está em risco |
| Sem sinais ou sintomas | Sinais e sintomas sugestivos de outra doença |
| Sinais e sintomas sugestivos de infecção primária aguda | Teste de VIH requer aconselhamento e é demorado |
| Sinais e sintomas sugestivos de infecção por VIH ou infecções oportunistas | Desconfortável avaliar o paciente quanto aos antecedentes de infecção sexual |
| Parte de um diagnóstico diferencial | Não é obrigatória a despistagem do VIH de acordo com a Política de Saúde |
| Diminuição da morbidade | Pressuposto de que o paciente não está preparado ou recusa o rastreio proposto |
| Diminuição da mortalidade | |
| Diminuição da taxa de transmissão sexual | |

Estudos mostram que a maior parte dos usuários com o diagnóstico tardio tinham feito várias consultas médicas, sem que a despistagem por VIH fosse solicitada – uma situação denominada “falta de oportunidade” (CASSAVANI et ELZI, 2008; MMWR, 2006).

A avaliação feita dos custos assistenciais relativos ao diagnóstico tardio no Canadá, em 2004 (KRENTZ, 2004), demonstrou que, além da correlação inicial com prognóstico mais

positivo, a detecção precoce também acarreta menor gasto com despesas médicas, pelo menos a curto prazo.

No censo de Granjeiro et al. (GRANJEIRO, 2007), o estudo revelou que a cobertura é baixa; a estrutura é precária; populações prioritárias ainda encontram dificuldade de acesso; a oferta de insumos de prevenção é burocrática e deficitária e a implantação de novos serviços acontece de forma tardia em relação ao surgimento dos primeiros casos nos Municípios.

OBJECTIVOS

Este estudo objectiva fornecer elementos para contribuir com o aperfeiçoamento das políticas públicas no combate à epidemia do VIH/SIDA a partir do conhecimento da situação epidemiológica do diagnóstico tardio em Santiago, no período de 2004 a 2011, com a descrição de sua distribuição e dos factores associados a esse diagnóstico.

Mais especificamente pretende-se:

- a) Comparar as características sócio-demográficas nos indivíduos com e sem diagnóstico tardio
- b) Comparar as características do diagnóstico nos indivíduos com e sem diagnóstico tardio
- c) Comparar as características de terapêutica nos indivíduos com e sem diagnóstico tardio
- d) Descrever a associação entre diagnóstico tardio e de acesso aos cuidados de saúde
- e) Descrever a associação entre diagnóstico tardio e meio de transmissão da infecção por VIH

CAPÍTULO 3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, retrospectivo do tipo caso-controlo, analítico. É classificado como retrospectivo porque a análise é feita a partir do diagnóstico da doença em direção à história pregressa com objetivo de investigar possível exposição a fatores de risco que possam ser atribuídos como causa da doença (MEDRONHO et al, 2006; MOTTA, 2006).

3.1.1. Estudo caso-controlo

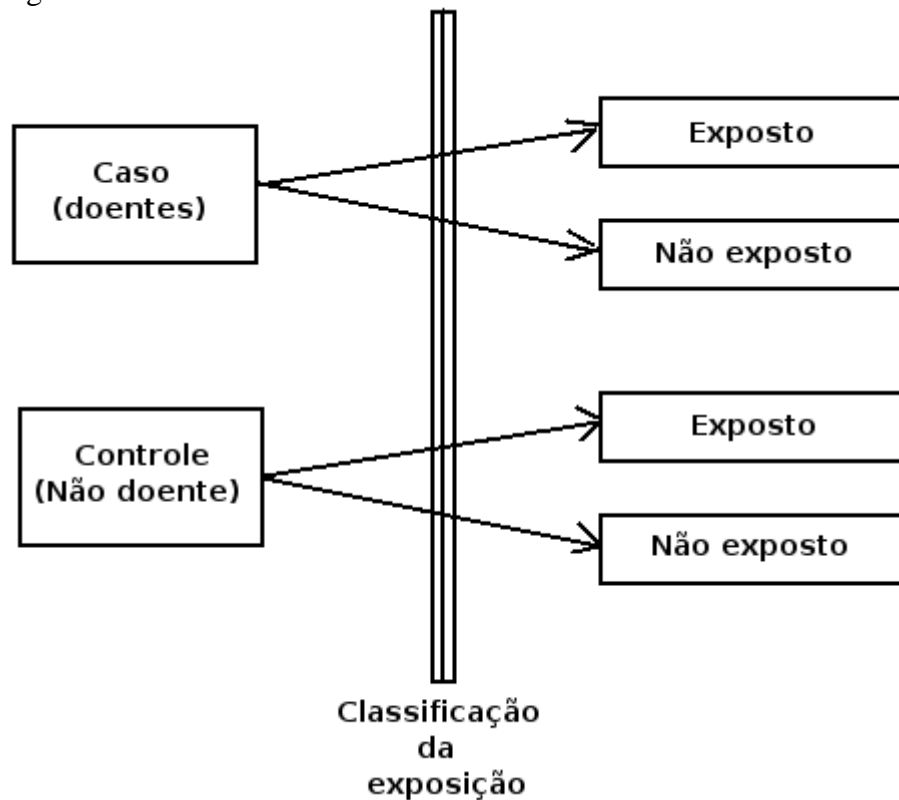
Trata-se de um estudo epidemiológico, no qual é seleccionado um grupo de pessoas portadoras de uma doença ou condição específica (casos), e um outro grupo de pessoas que não sofrem dessa doença ou condição (controlos) conforme demonstrado na figura 5. A proporção de expostos ao factor de risco investigado é medida nos dois grupos e comparada de forma a identificar se o factor de risco está presente em maior ou menor intensidade entre casos do que entre controlos. Se existirem evidências suficientes, se concluirá que existe uma associação entre o factor de risco e a doença (MEDRONHO et al, 2006).

O delineamento caso-controlo foi escolhido para este estudo porque além de ser um estudo rápido e de baixo custo permite a análise simultânea de diversos factores de risco.

O motivo da escolha pelo estudo tipo caso-controlo deve-se a este tipo de delineamento necessitar de uma amostra menor, quando comparado com estudos do tipo coorte. Além disso, ele é indicado para esclarecer a relação exposição-doença e é de realização mais rápida e de menor custo (PEREIRA, 1995).

A exposição pode ser medida como factores de risco de interesse ou factores de confundimento da doença sob estudo. Se a doença tem uma fase pré-clínica longa, a exposição relevante pode ter ocorrido muitos anos antes do diagnóstico.

Figura 5: Estrutura Básica de Estudos Caso-Controllo



Fonte: Adaptado de Medronho et al (2006)

3.2. População e amostra

População-alvo é a totalidade dos elementos que estão em estudo e em relação aos quais se deseja obter informações (MAGALHÃES, 2008).

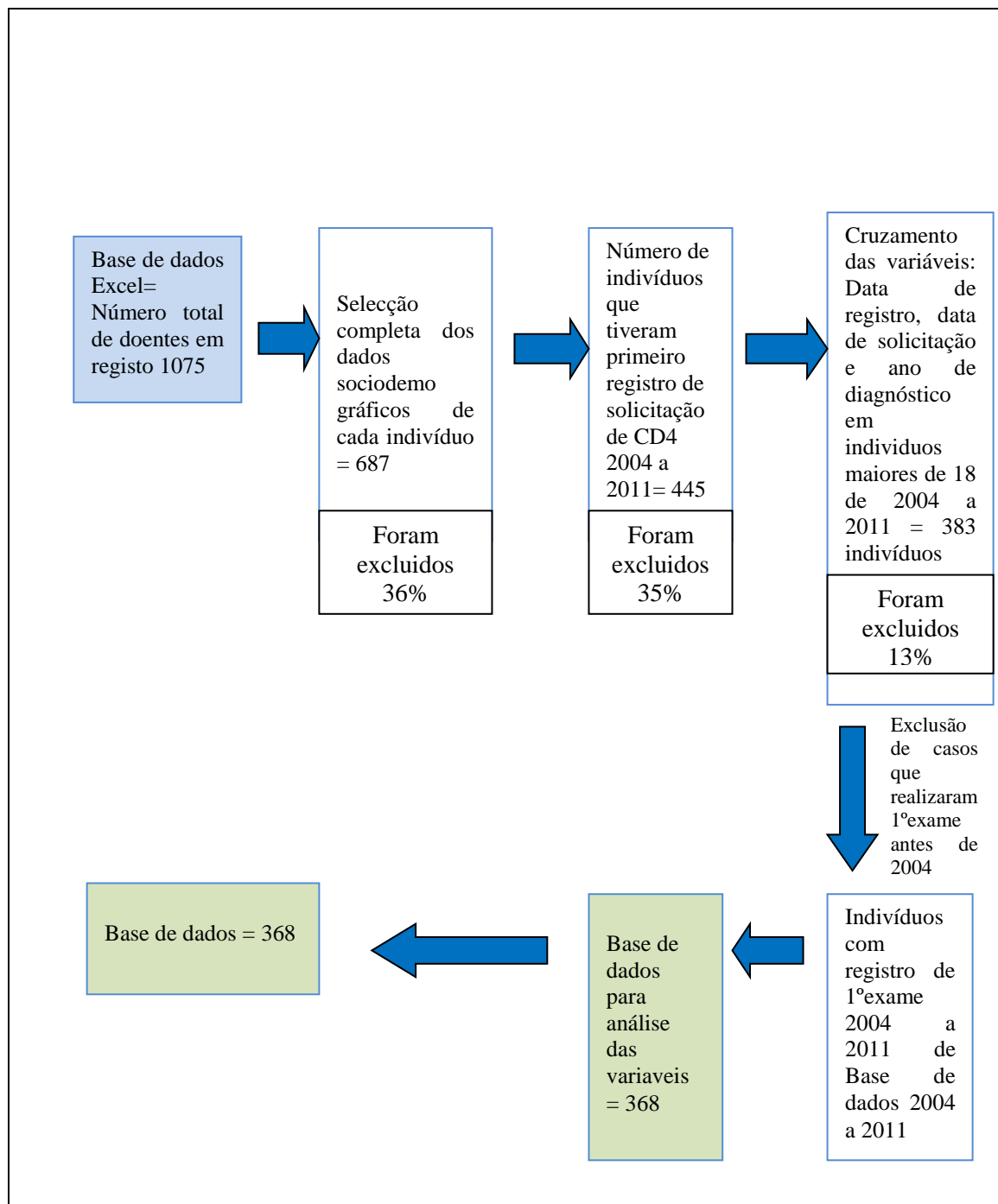
População-alvo: utilizadores dos serviços de medicina da ilha de Santiago, a quem foi diagnosticado serologia positiva para VIH e que se encontram sob a terapia antiretroviral entre os anos de 2004 a 2011, na ilha de Santiago.

Foram seleccionados todos os doentes em seguimento e só depois com o primeiro registo entre 2004 e 2011, o que resultou em 445 registos.

A seguir, foi realizado o cruzamento das variáveis: data de registo, data de solicitação, ano diagnóstico e com o tratamento ARV o que resultou em 383 registos.

Após, estes registos foram cruzados com os registos do questionário para ver se os indivíduos não haviam sido notificados anteriormente a 2004. Foram descartados 15 pacientes, resultando no registo de 368 indivíduos, desses 191 foram identificados como casos e 177 como controlos (figura 6).

Figura 6: Fluxograma das etapas de limpeza, cruzamentos e análise dos dados



3.2.1. Casos

Definição dos casos:

No processo de definição de casos para um estudo de caso-controlo é fundamental ter critérios para definir a doença, a sua severidade e se serão ou não incluídos casos incidentes ou prevalentes. Quanto à severidade da doença, os factores de risco podem variar para os diferentes graus de severidade de uma doença, sendo então importante considerar qual é o evento de interesse. A inclusão ou não no estudo de casos prevalentes ou casos incidentes deve ser levada em consideração visto que casos prevalentes podem ter modificados seus hábitos (ou exposições) por causa da doença. A utilização de casos prevalentes leva a identificação de factores de risco para a doença e também de factores que, embora não relacionados á etiologia da doença, têm associação com o tempo de duração da doença. O erro na avaliação da informação sobre o verdadeiro nível de exposição ao qual o caso estava submetido antes de desenvolver a doença (MEDRONHO, 2006; JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

Foram considerados casos de diagnóstico tardio, todos os utilizadores (Nº 191) dos serviços de saúde com 18 ou mais anos de idade diagnosticados com infecção por VIH, que apresentaram no primeiro exame, uma contagem de células TCD4 inferior a 350 células/mm³ (CASTILLA, 2002; ANTINORI, 2011).

3.2.2. Critérios de inclusão

Os critérios de elegibilidade para caso foram: idade maior ou igual a 18 anos; ser acompanhado pelos serviços públicos de saúde, residentes na ilha de Santiago nos municípios da Praia, Santa Catarina e Santa Cruz, com primeiro exame de contagem de células TCD4 no período de 1º de Dezembro de 2004 a 31 de Dezembro de 2011; com data de diagnóstico registada no seu ficheiro a informação da data de diagnóstico do VIH; que concordância em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Delimitação da Idade: a delimitação da idade igual ou superior a 18 anos deve-se ao facto de: na ilha de Santiago, o número de casos de SIDA em menores de 18 anos de idade é pequeno: (em torno de 38 casos/ano) e a maioria destes resulta de transmissão vertical.

Além disso, outros estudos internacionais utilizaram essa mesma delimitação de idade, o que facilita a comparação dos resultados (SAMET, 1998).

2.2.3. Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os indivíduos com suspeita de Sida durante o período do estudo, mas o diagnóstico do VIH não foi confirmado; que não tinham registro de contagem de linfócitos TCD4 antes ou até trinta dias após o início do tratamento antiretroviral; grávidas seropositivas, e menores de dezoito anos.

3.2.4. Controlos

Definição dos controlos:

A selecção dos controlos é uma dos aspectos metodológicos mais importantes do estudo caso-controlo. Para selecção dos controlos devem ser considerados os mesmos critérios utilizados para a definição dos casos. O grupo controlo deve ser composto por uma amostra representativa da população que deu origem aos casos para evitar viés de selecção no estudo. É fundamental garantir que o processo de selecção seja independente do status de exposição dos controlos. Ou seja, controlos não devem ser seleccionados com maior ou menor frequência em função do nível de exposição que eles apresentem, devendo apenas prover informação acerca da distribuição da exposição na base populacional que deu origem aos casos (MOTA, 2006).

A selecção dos controlos foi efectuada a partir da mesma população que deu origem aos casos e com as mesmas características com excepção do desfecho.

Foram considerados como controlos: todos os utilizadores (177 n° final de controlos) dos serviços de saúde da ilha de Santiago, dos mesmos municípios, infectados com o VIH, diagnosticados no primeiro exame com uma contagem de células TCD4 igual superior a 350 células/mm³ sob a terapia antiretroviral (ADLER, 2009).

Não se procedeu ao emparelhamento dos casos e dos controlos porque num estudo caso controlo o emparelhamento não elimina em si mesmo os efeitos de um factor de confusão.

3.3. Exposição

As categorias de exposição para a transmissão do VIH foram classificadas de acordo com os critérios do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; 2002) em: 1) Heterossexual: paciente cujo único risco identificado de exposição é por meio de relações sexuais com o sexo oposto; 2) HSH: incluem homossexual, paciente do sexo masculino cujo único risco identificado de exposição é por meio de relações sexuais com homens e bissexual, cujo único risco identificado de exposição é por meio de relações sexuais com indivíduos de ambos os sexos; 3) UDI: categoria onde o maior risco identificado é o decorrente do uso de drogas injectáveis, que sobrepuja os demais riscos.

3.4. Fontes de dados

Os dados foram obtidos a partir dos registos do Pólo de Tratamento Regional de Sotavento. A base de dados do Pólo Regional de Sotavento, foi disponibilizada com a totalidade dos registos existentes no programa, 01 de Dezembro de 2004 a 31 de Dezembro de 2011. Nesta base encontravam-se 1075 registos, oriundos da alimentação da base de dados do Pólo pelas seis Delegacias de Saúde de Santiago e do Laboratório Elisa do Hospital Dr. Agostinho Neto.

Depois de identificar as suspeitas elegíveis para o estudo, e com base nas informações sócio-demográficas desses pacientes, armazenadas na base de dados do Pólo (número e data de registo no serviço de saúde, idade, sexo, endereço residencial, município de procedência, ocupação e renda), contactaram-se as mesmas no sentido de aplicar questionário de perguntas de resposta fechada, por entrevista presencial, para colheita de dados adicionais.

Foi, assim, possível, melhorar a qualidade dos dados, e colectar outras informações que não estavam disponíveis nas bases de dados existentes.

3.5. Instrumento de colheita de dados

Foi elaborado um questionário (anexo 3), com perguntas de resposta fechada que abordavam características sócio-demográficas, de gênero, de acesso aos serviços, motivos para fazer o teste VIH; percepção do modo de exposição ao VIH; representação social acerca da despistagem; e a orientação sexual; conhecimento sobre locais de despistagem;

percepção sobre os serviços de saúde para VIH/Sida; percepção sobre o tratamento do VIH/Sida; motivos para procurar o serviço tardiamente para tratamento e o uso de drogas. Inicialmente foi realizada uma avaliação das bases de dados do Pólo para identificar as variáveis disponíveis. Esta base de dados fornece o número de exames realizados por cada paciente e a ordem em que foram realizados. Para a compreensão das informações, foi realizado consulta ao Pólo, visita a um serviço de saúde que alimenta o sistema e entrevista com profissional médico que preenche os formulários de solicitação de exames de TCD4.

Foram testados os conteúdos dos instrumentos de medida quanto a forma das perguntas, sua ordem, o aspecto gráfico, as instruções com uma breve explicação do questionário aos participantes no estudo.

Não houve nenhuma recusa em participar no estudo.

Pacientes com consulta com o médico foram identificados no sistema de informação de consultas do Pólo e abordados no consultório médico nos Concelhos de Santa Catarina e Santa Cruz e na Cidade da Praia durante a sua visita à farmácia para a dispensa dos anti-retrovirais. O questionário foi, então, aplicado pelo investigador do estudo em entrevista individual.

3.6. Variáveis de estudo

3.6.1. Variável dependente

Entende-se por variável dependente o evento consequência a ser explicado (PEREIRA, 1995). A variável dependente do estudo foi diagnóstico tardio, onde se pretendeu conhecer melhor a associação com seus factores sócio-demográficos (Anexo 2).

3.6.2. Variáveis Independentes

As variáveis independentes são factores antecedentes, presuntivamente causais, utilizados para explicar o comportamento da variável dependente (PEREIRA, 1995). Portanto, foram pesquisadas as seguintes variáveis que podem influenciar uma maior frequência de diagnóstico tardio: características sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil, local de residência, acesso a serviços de saúde, categoria de exposição/vulnerabilidade), comportamentais (categorias de exposição para a transmissão

por VIH), características relativas à terapêutica (inclusive o início e tipo de medicação anti-retroviral) e características relativas ao diagnóstico (ano calendario da infecção por VIH, contagem do primeiro exame de linfócitos TCD4), intervalo de tempo entre o primeiro resultado de anti-VIH positivo/TCD4 foram obtidas através de revisão sistemática nos ficheiros clínicos. As variáveis do estudo serão melhores explicadas no anexo (2).

A variável intervalo de tempo entre o primeiro resultado de teste VIH positivo/TCD4 e o início de TARV, foi categorizado em maior ou menor do que três meses, para fins de comparabilidade com outros estudos (TURNER, 2000).

3.7 Análise estatística dos dados

3.7.1. Análise descritiva

Foram utilizados os mesmos programas para a análise das frequências absolutas e relativas das variáveis, de forma que se pode dar sequência à análise univariada.

3.7.2. Análise univariada

Para verificar a presença ou não de associação, entre cada uma das variáveis independentes (sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil, local de residência, acesso a serviços de saúde, e o tempo entre o conhecimento do estado serológico por VIH e início da TARV) com a variável dependente (diagnóstico tardio), foi realizada a análise univariada.

O teste escolhido foi o qui-quadrado (χ^2). Considerou-se como hipótese nula, a inexistência de associação entre as variáveis. Essa hipótese foi considerada falsa, quando o valor-p resultante foi menor ou igual a 0,05.

3.7.3. Análise multivariada

O conhecimento derivado da análise estatística multivariada permite predizer o que acontece com uma variável efeito (diagnóstico tardio), a partir de um grupo de factores de risco (indicação para a realização do anti VIH pela equipa ou profissional de referência). Ela permite avaliar a relação entre duas variáveis, um factor de risco e uma doença,

neutralizando o efeito de outros factores de risco que complicariam a interpretação (PEREIRA, 1995).

Para verificar se a relação existente entre o conhecimento do estado serológico por VIH e início da TARV e o motivo para realizar o anti-VIH sobre a variável dependente, diagnóstico tardio, estava associada de forma independente ou não, foi realizada a análise de regressão logística binária, hierarquizada.

Tomando como parâmetros os resultados obtidos durante a análise univariada, foram estabelecidos os critérios de inclusão das variáveis durante o desenvolvimento da análise multivariada (regressão logística).

Como primeiro passo, foram identificadas as variáveis de interesse: sociodemográficas e comportamentais. Desta forma, a finalidade foi encontrar um modelo para o comportamento da probabilidade de risco em termos de variáveis explicativas.

Ao contrário da análise univariada, a análise multivariada permite verificar se as variáveis de interesse, cada uma fracamente associada com a variável resposta (diagnóstico tardio), torna-se um importante preditor de risco quando tomadas conjuntamente.

Após o ajuste do modelo, foi possível calcular a chance de uma situação ocorrer diante da exposição a um factor de risco (razão das chances ou odds ratio), na qual foi neutralizado o efeito das variáveis de confundimento que entraram no modelo; ou seja, é determinado o efeito isolado de uma dada exposição, independente de outros factores, no risco de desenvolvimento da doença (PEREIRA, 1995).

O modelo final ajustado permite estabelecer um valor preditivo de um evento ocorrer frente à exposição ao conjunto de variáveis.

Os dados foram introduzidos em um banco de dados do programa estatístico SPSS (versão 21.0). A análise foi realizada mediante uma abordagem estatística descritiva e outra analítica. Na abordagem descritiva foram calculadas as frequências absolutas e relativas para variáveis nominais e médias, com desvio-padrão (DP) para variáveis contínuas.

Posteriormente foi realizada análise bivariada utilizando o teste do qui-quadrado (χ^2), para se observarem as possíveis associações existentes entre as variáveis independentes nominais e a dependente, com cálculo da *odds ratios* (OR) bruta.

Foi realizada análise multivariada, usando regressão logística binária, hierarquizada. Foram elaborados dois modelos através utilizando o método de introdução de variáveis

pelo investigador, permanecendo no modelo subsequente apenas aquelas que tiveram significância estatística ($p < 0,05$) no modelo anterior. O critério de saída para todas as variáveis introduzidas de em cada modelo foi $p < 0,10$. Considerou-se um nível de significância $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%, com cálculo das OR ajustadas.

3.8. Aspectos éticos

O projecto “Diagnóstico tardio da infecção por VIH na ilha de Santiago” foi apresentado ao Comité Nacional de Ética em pesquisa para a Saúde e teve aprovação quanto às questões éticas e legais, em 26 de Abril de 2012, através da Deliberação n°_11_/2012 (anexo 1).

3.9. Taxas de participação no inquérito

As entrevistas do estudo foram conduzidas no período entre Fevereiro a Junho de 2012. Nesse período foram contactados 368 PVVIH. No quadro 11 apresentam-se dados relativos à participação das PVVIH no inquérito. Todas revelaram ser elegíveis e nenhuma das PVVIH recusaram-se a responder ao questionário.

O total dos inquiridos foram 368 PVVIH, o que traduz uma taxa de resposta de 100 por cento. Esta taxa de resposta é elevada quando comparada com inquérito do mesmo tipo.

3.10. Taxas de resposta por pergunta

Nos inquéritos sobre a frequência e factores determinantes do diagnóstico tardio da infecção por VIH nos pacientes atendidos nas estruturas de saúde na ilha de Santiago/Cabo Verde, existe casos em que as PVVIH concordam em participar no inquérito, mas não respondem a algumas perguntas devido ao esquecimento ou por outras razões.

No quadro 10 apresentam-se as taxas de resposta para as perguntas mais relevantes do inquérito. A percentagem de perguntas com respostas em faltas é muito diminuta nas perguntas em que se pretende apurar a data do diagnóstico da infecção por VIH nas PVVIH. Nestas perguntas, as taxas mais elevadas de não respostas situam-se em 2 por cento dos casos aplicáveis.

Quadro 10: Perguntas mais importantes: taxas de respostas

| | Perguntas às PVVIH (em % do nº total das PVVIH) | |
|--|--|-----------------------|
| | Sim | Respostas em falta(*) |
| Data da realização do primeiro teste anti VIH (Elisa ou teste rápido) | 98 | 2 |
| Porque realizou o teste anti VIH (Elisa ou teste rápido) | 100 | 0 |
| Quanto tempo após saber portador do VIH depois decidiu procurar por um primeiro atendimento em serviço para tratar o VIH/SIDA? | 98,5 | 1,5 |

(*) As respostas em falta incluem: respostas “Não sabe/Não responde”.

No caso das perguntas relativas a seropositividade, as taxas de resposta mais baixas correspondem às perguntas sobre a data da realização do primeiro teste anti VIH, casos em que as respostas recolhidas se situaram em 98 por cento ao tempo dos casos aplicáveis. As perguntas relativas a realização do teste anti VIH apresentam taxas de resposta mais elevadas (100 por cento).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1. Características sócio-demográficas

No conjunto de 368 indivíduos, 51,9 % realizaram o diagnóstico tardiamente, ou seja, apresentando valores CD4 inferiores a 350 células/mm³ e 48,1% realizaram o diagnóstico precocemente (CD4 \geq 350 células/mm³).

Nos casos 57,6 % de mulheres e 42,4 % de homens que realizaram o exame de TCD4 apresentaram valores inferiores a 350 células/mm³ e nos controlos 59,3 % das mulheres e 40,3 % dos homens que realizaram o exame de TCD4 apresentaram valores iguais superiores a 350 células/mm³.

Não existe diferença na distribuição de sexos entre casos e controlos ($p > 0,05$).

Em relação à idade, observa-se que a população de 40 a 49 anos vem realizando exames tardiamente visto que 34,5% dos pacientes apresentam valores de inferiores a 350 células/mm³, contra 29,4% dos pacientes apresentam valores iguais superiores a 350 células/mm³. Quando se compara a idade por sexo, percebem-se diferenças, especialmente

nas mulheres, que tem maior proporção de diagnóstico tardio que os homens na faixa etária de 30 a 39 anos (30,9 % vs 23,4 %) e maior proporção de diagnóstico precoce que os homens na faixa etária inferior a 30 anos (18,1% vs 9,9%).

Denota-se uma baixa escolaridade (51,3 % com ensino básico integrado e 24,6 % analfabeto), e 36 % de desempregados nos casos e (41,2 % com Ensino Básico Integrado e 26,5 % analfabeto), e 36,7 % de desempregados nos controlos. Além disso, nos casos, a média de idade dos participantes foi de 45 anos e a maioria era do sexo feminino (57,6 %) e nos controlos a média de idade foi de 43 anos e também a maioria era do sexo feminino (59,3%) (quadro 11).

Verificou-se que nos casos o motivo para realizar o anti-VIH era mais frequente por indicação de profissional de referência quando comparado com os controlos dos 40 anos aos 49 anos de idade. No entanto, nos controlos, a proporção de indivíduos que realizaram o rastreio por VIH apenas por motivo pessoal era de cerca do dobro da verificada nos casos. A proporção de indivíduos nos casos e controlos que realizaram o rastreio por VIH apenas por indicação de equipa ou profissional de referência era de 82,2 % e 46,9 %, respectivamente. Concluiu-se que o motivo para realizar o anti-VIH era diferente entre casos e controlos. Conclui-se, igualmente, que os indivíduos que realizaram o rastreio por VIH apenas por motivo pessoal quando comparados com aqueles que fizeram por indicação profissional, tinham menor risco de diagnóstico tardio.

Esta associação é significativa porque o $p < 0,05$.

O intervalo entre o diagnóstico da infecção/estado imunológico por VIH e o início do TARV em serviços de saúde teve mediana de 30 dias, para os casos e 360 dias para os controlos, sendo 40,3 % dos casos entrevistados apresentaram-se para o tratamento clínico por causa do estado imunológico grave menos de 30 dias após o resultado do primeiro exame de TCD4.

Quadro 11: Distribuição das características sociodemográficas e comportamentais dos casos e dos controlos

| Característica de Usuários | Total | | | | | p | Odds-Ratio não ajustado (IC) |
|----------------------------|--------|------|-----------|------|------|------|------------------------------|
| | Casos | | Controlos | | | | |
| | N <350 | % | N ≥350 | % | X² | | |
| Total | 191 | 51,9 | 177 | 48,1 | | | |
| Sexo (N=368) | | | | | | | |
| Masculino | 81 | 42,4 | 72 | 40,3 | 0,21 | | Referência |
| Feminino | 110 | 57,6 | 105 | 59,3 | | 0,73 | 1,07 (0,72-1,65) |

| | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|------|------|------------------|
| Faixa etária (N=368) | | | | | | | |
| <30 | 15 | 7,9 | 26 | 14,7 | 6,08 | | Referência |
| 30-39 | 53 | 27,7 | 46 | 25,9 | | 0,07 | 2,0 (1,21-4,21) |
| 40-49 | 66 | 34,5 | 52 | 29,4 | | 0,03 | 2,2 (1,25-4,29) |
| 50-59 | 37 | 19,4 | 39 | 22,0 | | 0,21 | 1,64 (0,95-2,62) |
| ≥ 60 | 20 | 10,5 | 14 | 7,9 | | 0,05 | 2,47 (1,33-4,45) |
| | | | | | | | |
| Escolaridade (N=368) | | | | | | | |
| Analfabeta | 47 | 24,6 | 47 | 26,5 | 10,9 | | Referência |
| Ensino Básico Integrado | 98 | 51,3 | 73 | 41,2 | | 0,10 | 0,66 (0,39-1,09) |
| Ensino Secundário | 41 | 21,5 | 53 | 29,9 | | 0,32 | 1,36(0,76-2,44) |
| Formação Superior | 5 | 2,6 | 4 | 2,3 | | 0,04 | 1,75(0,18-3,13) |
| | | | | | | | |
| Residência/seguimento (368) ** | | | | | | | |
| Praia | 146 | 76,4 | 128 | 72,3 | | | |
| Santa Catarina | 14 | 7,3 | 25 | 14,1 | | | |
| Santa Cruz | 20 | 10,5 | 15 | 8,5 | | | |
| Tarrafal | 6 | 3,1 | 3 | 1,7 | | | |
| São Miguel | 1 | 0,5 | 1 | 0,6 | | | |
| Rª Grande | 2 | 1,0 | 0 | 0,0 | | | |
| São Domingos | 2 | 1,0 | 3 | 1,7 | | | |
| São Salvador Mundo | 0 | 0,0 | 2 | 1,1 | | | |
| | | | | | | | |
| Acesso (N=368) | | | | | | | |
| Fácil | 130 | 68,1 | 126 | 71,2 | 0,15 | | Referência |
| Difícil | 61 | 31,9 | 51 | 28,8 | | 0,21 | 1,00(0,63-1,52) |
| | | | | | | | |
| Profissão (N=368) | | | | | | | |
| Outros | 101 | 52,9 | 91 | 51,4 | 0,01 | | Referência |
| Economia Informal | 17 | 8,9 | 16 | 9,0 | | 0,92 | 1,03 (0,49-2,17) |
| Sem profissão | 73 | 38,2 | 70 | 39,6 | | 0,95 | 1,02 (0,65-1,56) |
| | | | | | | | |
| Estado civil (N=368) | | | | | | | |
| Casado | 21 | 11,0 | 31 | 17,5 | 15,1 | | Referência |
| Solteiro | 111 | 58,1 | 90 | 50,8 | | 0,31 | 1,43(0,83-2,63) |
| Viúvo | 19 | 9,9 | 39 | 22,0 | | 0,99 | 0,00(0,1-0,05) |
| Separado | 2 | 1,1 | 12 | 6,8 | | 0,05 | 1,82(0,92-2,81) |
| União de facto | 38 | 19,9 | 5 | 2,8 | | 0,06 | 2,33(1,27-4,31) |
| | | | | | | | |
| Condição de trabalho (N=368) | | | | | | | |
| Desempregado | 68 | 36 | 65 | 36,7 | | | Referência |
| Empregado | 123 | 64 | 112 | 63,3 | | 0,99 | 1,00 (0,65-1,53) |
| | | | | | | | |
| Comportamentais (N=368) | | | | | | | |
| Meio de contágio | | | | | | | |
| Heterossexual | 176 | 92,1 | 159 | 89,8 | 0,15 | | Referência |
| Transfusão sanguínea | 4 | 2,1 | 6 | 3,4 | | 0,88 | 1,09 (0,31-3,85) |
| Não sabe | 11 | 5,8 | 12 | 6,8 | | 0,96 | 1,01 (0,46-2,22) |
| Motivo para realizar o anti-VIH (N=368) | | | | | | | |
| Pessoal/ambos | 34 | 17,8 | 94 | 53,1 | 45,6 | | Referência |
| Indicação de equipa ou profissional de referência | 157 | 82,2 | 83 | 46,9 | | 0,00 | 5,23 (2,59-7,91) |

| Revelação seropositividade (N=368) | | | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|------|-------------|------------------|
| Não | 176 | 92,1 | 159 | 89,9 | 0,07 | | Referência |
| Sim | 15 | 7,9 | 18 | 10,1 | | 0,79 | 1,10 (0,54-0,22) |
| | | | | | | | |
| Relacionadas ao uso dos serviços de saúde | | | | | | | |
| Tempo entre o conhecimento do estado serológico por VIH e início da TARV | 191 | 51,9 | 177 | 48,1 | 166 | 0,00 | 0,94 (0,65-1,19) |

N= número de respostas obtidas nos casos e controlos para as variáveis

* em itálico os valores estatisticamente significativos

** não foi possível apresentar os valores de p e os OR com a variável residência/seguimento devido à baixa frequência das observações nos concelhos de residência que não são a Praia.

4.2. Análise bivariada

4.2.1. Idade

Verificou-se que quer nos casos quer nos controlos o grupo etário mais frequente era o dos 40 anos aos 49 anos de idade. No entanto, nos controlos, a proporção de indivíduos com menos de 30 anos era de cerca do dobro da verificada nos casos. A proporção de indivíduos nos casos e controlos com idade entre os 30 e os 39 anos de idade era de 27,7 % e 25,9 %, respectivamente. Concluiu-se que a distribuição da idade era diferente entre casos e controlos. Conclui-se, igualmente, que os indivíduos com idades entre os 40 e os 49 anos, quando comparados com aqueles com menos de 30 anos de idade, tinham maior risco de diagnóstico tardio.

Esta associação é significativa porque o $p < 0,05$.

4.2.2. Estado civil

Quer nos casos quer nos controlos o estado civil mais frequente era o do solteiro. No entanto, nos controlos, a proporção de indivíduos viúvos era de cerca do triplo da verificada nos casos. A proporção de indivíduos estado civil separado nos casos e controlos era de 1,1 % e 6,8 %, respectivamente. Concluiu-se que a distribuição do estado civil era diferente entre casos e controlos.

Não existe associação entre o estado civil e o diagnóstico tardio, $p > 0,05$.

4.2.3. Grau de instrução

O grau de instrução da população analisada mais expressivo que quer nos casos quer nos controlos era o de ensino básico.

Concluiu-se que a distribuição por grau de instrução era diferente entre casos e controlos.

Não existe associação entre o grau de instrução e o diagnóstico tardio, $p > 0,05$.

4.2.4. Profissão

Verificou-se que quer nos casos quer nos controlos a profissão mais expressiva era a de sem profissão.

Concluiu-se que na análise da actividade profissional, demonstra características similares nos dois grupos (caso e controlo).

Não existe associação entre a profissão e o diagnóstico tardio, $p > 0,05$.

4.2.5. Condição de trabalho

Denota-se que quer nos casos quer nos controlos a condição de trabalho mais expressiva era a de emprego.

Concluiu-se que a distribuição por condição de trabalho era indiferente entre casos e controlos.

Não existe associação entre a condição de trabalho e o diagnóstico tardio, $p > 0,05$.

4.2.6. Cidade de residência

No TCD4 inferior a 350, há 76,4 % (146/191) de moradores da Praia e 7,3 % (14/191) de Santa Catarina. Já no TCD4 igual superior a 350 há predomínio dos moradores da própria cidade com 72,3 % (128/177) na Praia e em seguida moradores do município de Santa Catarina com 14,1 % (25/177).

4.2.7. Diagnóstico e acesso

Referente à procedência dos pacientes a despistagem do VIH (quadro 12) há predomínio dos que vieram encaminhados pela equipa ou profissional de referência com 65,2 % (240/368), em relação aos que vieram por iniciativa própria, com 34,8 % (128/368).

Quando o diagnóstico é indicado por profissional de referência, existe um risco de 4,21 vezes superior de ter diagnóstico tardio, quando comparado com o diagnóstico procurado pela própria pessoa. Esta associação é significativa porque $p < 0,05$.

Quadro 12: Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme a procedência. Ilha de Santiago, 2004-2011

| Motivo para realizar o anti-VIH | Casos CD4<350 cel/mm3 | | Controlos CD4≥350 cel/mm3 | | Total | | OR | X ² | p |
|---------------------------------|-----------------------|-------|---------------------------|-------|-------|-------|------------------|----------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Pessoal/ambos | 34 | 17,8 | 94 | 53,1 | 128 | 34,8 | Referência | 45,6 | 0,00 |
| Profissional | 157 | 82,2 | 83 | 46,9 | 240 | 65,2 | 4,21 (2,36-7,49) | | |
| Total | 191 | 100,0 | 177 | 100,0 | 368 | 100,0 | | | |

No quadro 13, constata-se que para o diagnóstico precoce, as idades variam de 20-84 anos, com a média de 43 anos e a mediana de 43 anos; o acesso, ou seja, o tempo de viagem (transporte terrestre) percorridos em minutos, entre o domicílio e a estrutura de saúde, sendo a maioria de fácil acesso (68,1 %) e 31,9 % de difícil acesso; já o tempo de diagnóstico, ou seja, desde o período de positividade do primeiro exame anti-VIH até o momento do início o tratamento com os ARV, oscila de 3 a 75 meses, sendo a média 18,1 meses e a mediana 12 meses.

Não existe associação entre o acesso às estruturas e o diagnóstico tardio nos pacientes da ilha de Santiago, $p > 0,05$.

Quadro 13: Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme a idade, o acesso e o tempo de diagnóstico. Ilha de Santiago, 2004-2011

| Variáveis | Média | | Mediana | | Mínimo | | Máximo | | DP | | OR (IC 95%) | P |
|--|-------|------|---------|------|--------|------|--------|------|------|------|------------------|-------------|
| | ≥350 | <350 | ≥350 | <350 | ≥350 | <350 | ≥350 | <350 | ≥350 | <350 | | |
| Idade (Anos) | 43 | 45 | 43 | 44 | 20 | 18 | 84 | 85 | 1,1 | 1,2 | 0,43(0,21-0,91) | 0,02 |
| Acesso (minutos) | 30 | 27,5 | 25 | 20 | 3 | 3 | 80 | 75 | 20,5 | 18,7 | 1,00(0,63-1,52) | 0,21 |
| Tempo entre o conhecimento do estado serológico por VIH e início da TARV (Meses) | 18,1 | 2 | 12 | 1 | 3 | <1 | 75 | 17 | 10,6 | 20,7 | 0,94 (0,65-1,19) | 0,00 |

4.2.8. Concelhos de residência

Conforme o quadro 14, quer nos casos quer nos controlos o seguimento por concelhos de residência mais expressivo era o da Praia. Nos controlos, a proporção de indivíduos monitorizados no concelho de Santa Catarina era de cerca do dobro da verificada nos casos.

Concluiu-se que a distribuição por concelhos era diferente entre casos e controlos.

Não foi realizada uma análise bivariada com a variável município devido à baixa frequência das observações nos municípios que não são a Praia.

Quadro 14: Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme o Município de residência. Ilha de Santiago 2004-2011

| Variável Município | Casos | | Controlos | | |
|-----------------------|-------------------|-------|--------------------|-------|-----|
| | TCD4 <350 cel/mm³ | | TCD4 ≥ 350 cel/mm³ | | |
| | N | 191 | % | N | 177 |
| Praia | 146 | 76,4 | 128 | 72,1 | |
| Santa Catarina | 14 | 7,3 | 25 | 14,1 | |
| Santa Cruz | 20 | 10,5 | 15 | 8,5 | |
| Tarrafal | 6 | 3,1 | 3 | 2,6 | |
| São Domingos | 2 | 1,0 | 3 | 1,7 | |
| Ribeira Grande | 2 | 1,0 | 0 | 0 | |
| São Miguel | 1 | 0,5 | 1 | 0,6 | |
| São Salvador do Mundo | 0 | 0 | 2 | 1,1 | |
| Total | 191 | 100,0 | 177 | 100,0 | |

4.2.9. Seguimento por Regiões Sanitárias

Verificou-se que quer nos casos quer nos controlos o seguimento por Regiões Sanitárias mais representativo era a Região Sanitária Sul. Concluiu-se que a distribuição por Regiões Sanitárias era diferente entre casos e controlos.

Não foi realizada uma análise bivariada com a variável município devido à baixa frequência das observações nos municípios que não são a Praia.

Quadro 15: Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme as regiões sanitárias. Ilha de Santiago, 2004-2011

| Município | Cobertura da Região Sanitária Sul | | | | Cobertura da Região Sanitária Norte | | | |
|----------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|------|-------------------------------------|------|--------------------------------|------|
| | CD4<350 cel/mm ³ | % | CD4≥350 cel/mm ³ | % | CD4<350 cel/mm ³ | % | CD4≥350 cel/mm ³ | % |
| | N | | N | | N | | N | |
| Praia | 146 | 76,4 | 128 | 72,3 | | | | |
| São Domingos | 2 | 1,2 | 3 | 1,7 | | | | |
| Santa Catarina | | | | | 14 | 7,3 | 25 | 14,1 |
| São Miguel | | | | | 1 | 0,5 | 1 | 0,6 |
| Santa Cruz | | | | | 20 | 10,5 | 15 | 8,5 |
| Tarrafal | | | | | 6 | 3,1 | 3 | 1,7 |
| S.Salvador | | | | | 0 | 0 | 2 | 1,1 |
| Rra Grande | 2 | 1,0 | 0 | 0 | | | | |
| Total | 150 | 78,6 | 131 | 74,0 | 41 | 21,4 | 46 | 26,0 |

4.2.10. Concelhos de residência versus seguimento

Verificou-se que quer nos casos quer nos controlos o concelho de residência versus seguimento mais representativo era o da Praia. Nos controlos, a proporção de indivíduos monitorizados no concelho de Santa Catarina era de cerca do dobro da verificada nos casos (quadro 16).

Concluiu-se que a distribuição nos concelhos de residência versus seguimento era diferente entre casos e controlos.

Não existe associação entre os concelhos de residência versus seguimento e o diagnóstico tardio, $p > 0,05$.

Quadro 16: Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme o local de residência e os Centros de Saúde. Ilha de Santiago, 2004-2011

| Variável | Casos | | | | Controlos | | | |
|---------------------|-------------------------------|----------|------------|------|--------------------------------|----------|------------|------|
| | TCD4 <350 cel/mm ³ | | | | TCD4 ≥ 350 cel/mm ³ | | | |
| | Centro de Saúde | | | | Centro de Saúde | | | |
| Local de residência | Praia | Assomada | Santa Cruz | % | Praia | Assomada | Santa Cruz | % |
| Praia | 146 | 0 | 0 | 76,4 | 128 | 0 | 0 | 72,3 |
| Santa | 2 | 12 | 0 | 7,3 | 11 | 14 | 0 | 14,1 |

| | | | | | | | | |
|----------------|-----|----|----|------|-----|----|----|-----|
| Catarina | | | | | | | | |
| São Miguel | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| São Salvador | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 2 | 0 | 1,1 |
| Tarrafal | 5 | 1 | 0 | 3,1 | 2 | 1 | 0 | 1,7 |
| São Domingos | 2 | 0 | 0 | 1,0 | 3 | 0 | 0 | 1,7 |
| Santa Cruz | 7 | 0 | 13 | 10,5 | 4 | 0 | 11 | 8,8 |
| Ribeira Grande | 2 | 0 | 0 | 1,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Total | 164 | 13 | 14 | 100 | 149 | 17 | 11 | 100 |

4.2.11. Revelação da seropositividade

Conforme o quadro 17, a análise comparativa entre os grupos demonstra que no grupo de casos, 92 % (n=176) dos seropositivos não revelaram a sua seropositividade e 7,9 % (n=15) revelaram a sua seropositividade. No grupo controlo, 89,9 % (n=159) dos seropositivos não revelaram a sua seropositividade e 10 % (n=18) revelaram a sua seropositividade.

Nos controlos, a proporção de indivíduos que revelaram a seropositividade era de cerca do dobro da verificada nos casos. Concluiu-se que a distribuição da revelação da seropositividade era diferente entre casos e controlos.

Quadro 17: Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme a revelação ou não da sua seropositividade. Ilha de Santiago, 2004-2011

| Seropositividade | Casos <350 cel/mm3 | | Controlos ≥350 cel/mm3 | | Total | | OR | X ² | P |
|--------------------------------|--------------------------|-------|------------------------------|-------|-------|-------|------------------|----------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Não revelação seropositividade | 176 | 92,1 | 159 | 89,9 | 335 | 91,0 | Referência | 0,07 | |
| Revelação seropositividade | 15 | 7,9 | 18 | 10,1 | 33 | 9,0 | 1,10 (0,54-2,22) | | 0,79 |
| Total | 191 | 100,0 | 177 | 100,0 | 368 | 100,0 | | | |

4.2.12. Meio de contágio ao VIH

Quer nos casos quer nos controlos o meio de contágio da infecção por VIH mais frequente tinha sido a via heterossexual. Apesar de a percentagem de indivíduos contagiados por transfusão ser ligeiramente mais elevado entre controlos do que entre casos, não se encontraram diferença estatisticamente significativas entre casos e controlos no que diz respeito ao meio de contágio da infecção.

Quadro 18: Distribuição dos seropositivos com o diagnóstico tardio e precoce para o VIH, conforme o meio de contágio ao vírus. Ilha de Santiago, 2004-2011

| Meio de contágio ao VIH | Casos CD4<350 cel/mm3 | | Controlos CD4≥350 cel/mm3 | | Total | | OR | X ² | P |
|-------------------------|-----------------------------|-------|---------------------------------|-------|-------|-------|------------------|----------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Heterossexual | 176 | 92,1 | 159 | 89,8 | 176 | 92,1 | Referência | 0,156 | |
| Transfusão sanguínea | 4 | 2,1 | 6 | 3,4 | 4 | 2,1 | 1,08 (0,30-3,80) | | 0,90 |
| Não sabe | 11 | 5,8 | 12 | 6,8 | 11 | 5,8 | 1,16 (0,53-2,55) | | 0,70 |
| Total | 191 | 100,0 | 177 | 100,0 | 368 | 100,0 | | | |

4.3. Análise multivariada

A magnitude da associação entre a probabilidade de ter diagnóstico tardio e as principais variáveis de interesse foi estimada pelo *odds ratio* (OR). O nível de significância considerado foi de 5 %.

Nas faixas etárias 40-49 anos existe um risco de 2,2 vezes superior de ter diagnóstico tardio, quando comparado com a faixa etária menor de 30 anos.

Esta associação é significativa porque $p < 0,05$.

O presente estudo mostrou que quanto maior é o intervalo de tempo entre o primeiro resultado de teste VIH positivo/TCD4 e o início de TARV menor é a probabilidade de diagnóstico tardio. Esta associação é significativa porque $p < 0,05$.

Conforme se pode constatar o quadro 10, estão associadas com a probabilidade de ter diagnóstico tardio da infecção para o VIH, as seguintes características: ter realizado teste anti-VIH apenas por indicação de um profissional de referência ($p < 0,05$), e estar na faixa etária dos 40 - 49 anos ($p < 0,05$).

Numa primeira fase, incluíram-se no modelo multivariado todas as variáveis que se revelaram significativas ($p < 0,05$) na análise bivariada. De seguida foram excluídas todas aquelas cujos $p < 0,05$. Tendo ficado apenas no modelo final as variáveis que tiveram $p < 0,05$, e permaneceram com significância estatística as variáveis tempo entre o conhecimento do estado serológico por VIH e início da TARV ($p=0,00$) e motivo para a realização do anti-VIH (indicação de profissional de referência) ($p=0,00$) (quadro 19).

Quanto maior é o intervalo de tempo entre o primeiro resultado de teste VIH positivo/TCD4 e o início de TARV menor é a probabilidade de diagnóstico tardio. Esta associação é significativa porque $p < 0,05$.

Quando o diagnóstico é indicado por profissional de referência, existe um risco de 4,21 vezes superior de ter diagnóstico tardio, quando comparado com o diagnóstico procurado pela própria pessoa. Esta associação é significativa porque $p < 0,05$.

Quadro 19: Resultado do Modelo final da análise multivariada para associação das variáveis independentes com o diagnóstico tardio por VIH, Santiago 2004 - 2011

| Variáveis | OR (IC) | Valor p |
|--|------------------|---------|
| Tempo entre o conhecimento do estado serológico por VIH e início da TARV | 1,23 (1,16-1,30) | 0,00 |
| Motivo para a realização do anti-VIH (indicação de profissional de referência) | 4,21 (2,36-7,49) | 0,00 |

A equipa ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários (CAMPOS, 1998). O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipas de saúde da família na atenção básica (STARFIELD, 1992). O conceito de equipa de referência pressupõe a adoção de lógica análoga para profissionais que trabalhem em centros de saúde ou hospitais, como é o caso de terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogos que trabalham em centros de apoio psicossocial; de infeciologistas, enfermeiros e assistentes sociais no programa de IST/SIDA.

CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado através de dados das bases oficiais, implantados pelo Pólo de Tratamento e por isto apresenta potencialidades e limitações.

A proporção de pacientes com o diagnóstico tardio de VIH/SIDA na população da ilha de Santiago, considerando valores de TCD4 ao diagnóstico com contagem menor que 350 células/mm³, 2004 a 2011 foi de 51,9%, inferior quando comparado com os estudos realizados na Nigéria/Keffi/Abudja, 2005 a 2008, com valores de TCD4 ao diagnóstico com contagem menor de 350 células/mm³ foi de 71,8% (JOSEPH, 2010) e na Anantapur/India, 2006 a 2011 (URIA, 2012), com valores de TCD4 ao diagnóstico com contagem menor que 350 células/mm³ foi de 68,7 %,

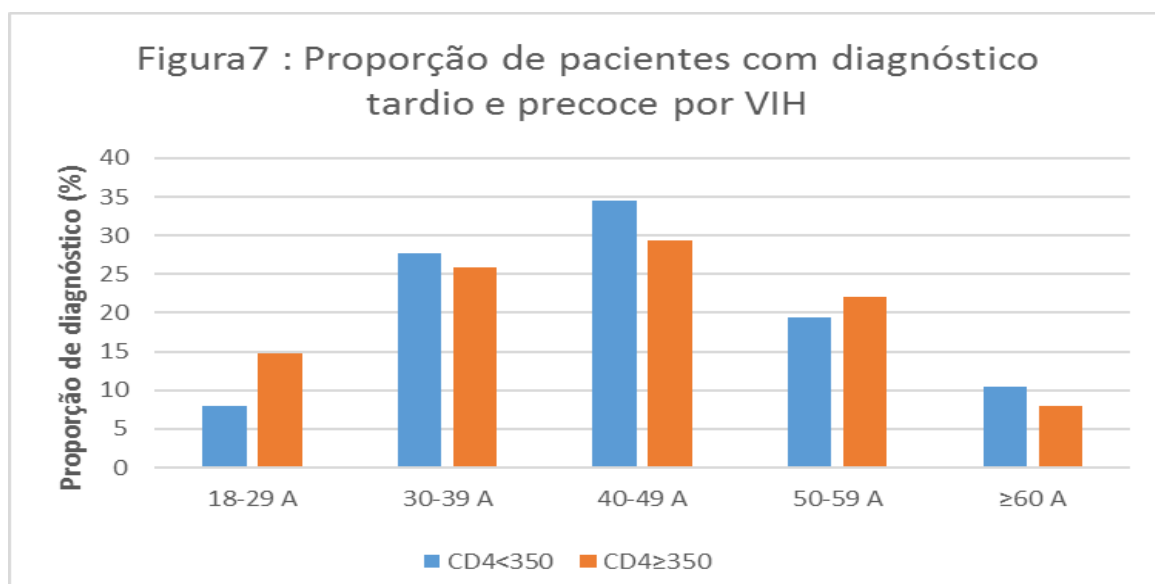
No Brasil, o estudo de Souza-Jr et al (SOUZA, 2007), demonstra que a proporção de indivíduos cujo resultado do primeiro exame para contagem de linfócitos TCD4 inferior a 200 células/mm³ foi de 33%.

A revisão de Girardi et al (GIRARDI, 2007), utilizando o critério de contagem de TCD4 menor que 200 células/mm³, identifica vários estudos que encontraram valores diferentes aos encontrados nesta pesquisa, especialmente quanto a associação do diagnóstico tardio com as variáveis sexo e faixa etária.

Ao avaliar os factores associados a esta situação, o sexo masculino teve menor proporção do total de casos com valores de TCD4 inferior a 350 células/mm³ (42,4%). Este resultado é semelhante aos estudos Nigerianos (JOSEPH, 2010) e Inglês (SABIN, 2004), e é diferente do estudo indiano (76,6 %) (URIA, 2012), e a diversos estudos de diagnóstico tardio em outros países (SOUZA, 2007; COBO, 2007; SOTO, 2007).

Considerando a faixa etária, os resultados encontrados são diferentes do estudo indiano semelhantes aos estudos brasileiros (SOUZA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), e internacionais (GIARD, 2004; COBO, 2007), confirmando a maior proporção de diagnóstico tardio na população de acima de 39 anos.

Observa-se, na figura 7, que houve maior proporção do diagnóstico tardio por VIH na faixa etária dos 40-49 anos e seguida dos pacientes de 30-39 anos.



Esta situação pode estar relacionada a maior incidência da doença nesta faixa etária porque a percepção do risco é menor tanto por parte do indivíduo como por parte do médico e por conseguinte é menor a procura dos serviços de saúde.

Por estarem há mais tempo expostas a situações de risco, ocasionando a mudança do perfil da epidemia (heterossexualização, depauperação e feminização) onde as pessoas destas faixas etárias não se colocam como vulneráveis. Também pode estar relacionada a qualidade da atenção à saúde, onde os serviços de saúde focam sua actuação nos sintomas e não no sujeito.

Poucos estudos até a presente data descreveram o tempo entre o primeiro resultado de teste VIH positivo/TCD4 e o início de TARV. Estudo realizado por Maggui Fernandes JR et al (FERNANDES, 2009), mostrou que pacientes que iniciaram TARV a menos de 120 dias após a primeira consulta no serviço de saúde apresentam uma chance cinco vezes maior de início tardio da TARV.

Outras pesquisas revelaram que 17 a 50 % dos entrevistados apresentavam um atraso maior do que três meses entre o primeiro teste anti-VIH positivo e a data da primeira consulta no serviço por causa do VIH (SAMET, 1998; TURNER, 2000). Estes dados sugerem que o diagnóstico tardio da infecção por VIH é um dos principais determinantes da apresentação tardia nos serviços de saúde (SAMET, 2001).

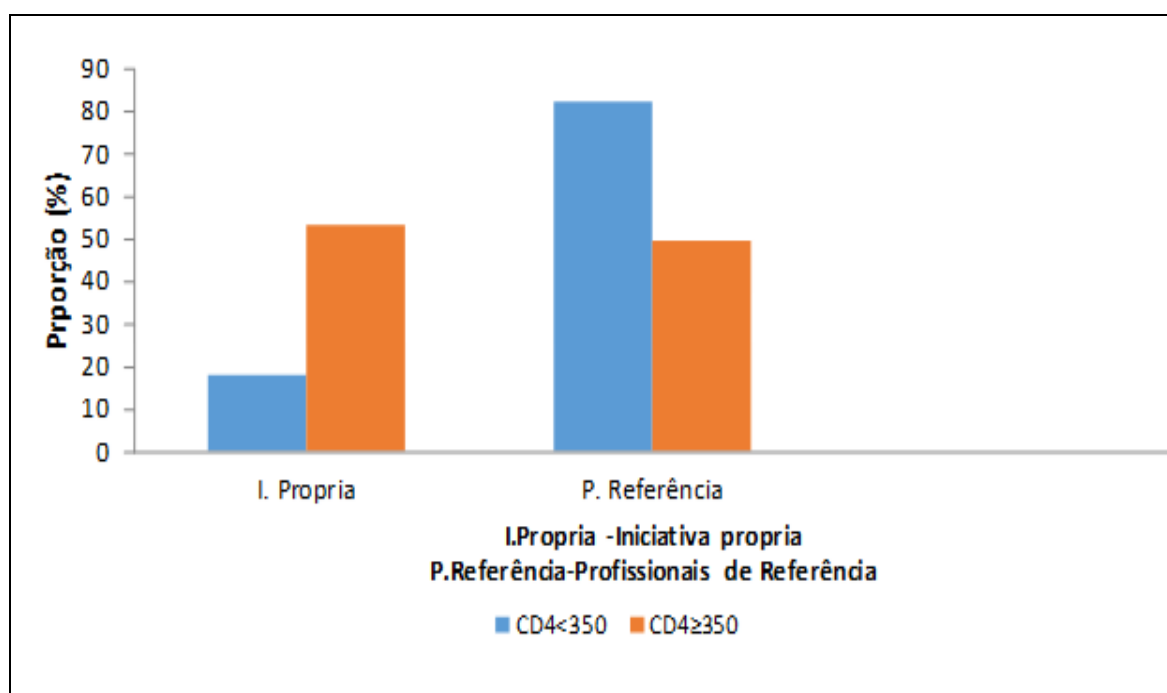
Já quando se avalia por sexo, esta situação se altera: as mulheres têm maior proporção de diagnóstico tardio (30,9 %) que os homens (23,4 %) na faixa etária de 30 a 39 anos, o que pode estar relacionado a oferta de exames de VIH/SIDA no pré-natal, rotina incorporada nos serviços públicos de saúde e que tem feito o rastreio a todas as grávidas.

É preocupante o facto de que indivíduos que realizaram o rastreio por VIH apenas por indicação profissional apresentaram maior proporção de diagnóstico tardio quando comparados aqueles que fizeram apenas por motivo pessoal ou ambos. Existem ainda indivíduos que suspeitem da seropositividade para o VIH, mas esperam um ano ou mais para realizar o exame (SAMET, 2001). A indicação médica para a realização do rastreio por VIH provavelmente indica presença de manifestações clínicas, sendo um potencial marcador de busca tardia de atenção. Factores como baixa percepção sobre o risco ou conhecimento sobre VIH/SIDA, sobre a gravidade de sintomas clínicos ou mesmo acreditar no tratamento, além de outros factores que marcam o acesso e utilização de serviços, podem parcialmente explicar o diagnóstico tardio da infecção por VIH. Nossos dados corroboram esta observação considerando que houve uma maior proporção de pacientes que realizaram o rastreio por VIH por indicação de um profissional de referência, o que quer dizer que o diagnóstico precoce é mais provável quanto maior for o tempo entre o conhecimento do estado serológico por VIH e início da TARV.

Quando o diagnóstico é indicado por profissional de referência, existe um risco de 4,21 vezes superior de ter diagnóstico tardio, quando comparado com o diagnóstico procurado pela própria pessoa. Esta associação é significativa porque $p < 0,05$

Ao se considerar a procedência desses pacientes para o atendimento ambulatorial, observa-se que a maioria dos pacientes é encaminhada dos Centros de Saúde e a minoria, da própria residência. Isso é explicado quando se determina o motivo da procura por tal serviço.

Figura 8: Procedência de teste por VIH



Os que vêm do domicílio em geral são motivados pela descoberta da seropositividade do parceiro para o VIH ou curiosidade quanto ao seu próprio exame e, é claro, existe aquela parcela pequena da população que de um modo geral faz acompanhamento com médicos particulares e vão ao serviço público para serem seguidos regularmente a fim de poderem ter acesso aos ARV.

A realização do teste para detecção do VIH por indicação de um profissional de referência e a baixa autopercepção do risco de infecção para o VIH estará associados a uma maior chance de diagnóstico tardio e, portanto, início tardio do tratamento antiretroviral (CASTILLA, 2002; KLEIN, 2003). Apesar do conhecimento sobre o VIH/SIDA isoladamente não ser motivo suficiente para a procura da atenção ou melhorar a auto-percepção de risco (MARKS, 2005), nossos resultados indicam que aqueles solicitados pelos profissionais de saúde apresentaram maior proporção de indivíduos com o diagnóstico tardio da infecção por VIH. Por outro lado, Klein et al (KLEIN, 2003) indicaram que o acesso adequado a serviços de saúde não é suficiente para o diagnóstico precoce da infecção por VIH, pois factores como o desconhecimento ou a negação do risco para a infecção por VIH entre alguns pacientes, bem como a falta de atitude para a realização do mesmo, após o conhecimento e conscientização do risco, estão associados ao atraso na realização do rastreio. De forma semelhante, estudo realizado pelos *Centers*

for Disease Control and Prevention, EUA (CDC, 2000) indica que pacientes que realizaram o rastreio por VIH por iniciativa própria tiveram uma maior percepção do risco representando apenas 20 % dos indivíduos com diagnóstico tardio, enquanto que aqueles que realizaram o exame por manifestarem sintomas corresponderam a 65 % dos pacientes com atraso no diagnóstico de infecção por VIH (CDC, 2000). Estes factos são preocupantes, não somente para o início da TARV, mas também porque, potencialmente, o atraso no diagnóstico por VIH pode impedir uma redução substancial do comportamento sexual de alto risco, segundo estudo realizado em 2005, corroborando para uma transmissão do VIH (MARKS, 2005).

Apesar do presente estudo não demonstrar o uso de drogas injectáveis como factor preditor do diagnóstico tardio, é importante citar que, segundo Castilla et al (CASTILLA, 2002), usuários de drogas injectáveis apresentam uma baixa proporção de diagnóstico tardio da infecção por VIH, provavelmente devido a uma maior auto-percepção dos riscos e, também, por serem oferecidos mais frequentemente a este grupo a realização do rastreio por VIH. Por outro lado, estes pacientes apresentam uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo este um motivo importante para o atraso no início do seguimento da infecção por VIH.

Em relação às Delegacias de Saúde da ilha de Santiago (Quadro 21), as maiores proporções de diagnóstico tardio no Concelho da Praia (76,4 %), Santa Cruz (10,5 %) e Santa Catarina (7,3 %). Esta situação pode estar relacionada à menor demanda de casos aos serviços de saúde nestes Concelhos, o que pode levar os profissionais, a estarem menos atentos à presença de factores de risco para as infecções sexualmente transmissíveis, apontando a necessidade de educação permanente sobre IST/SIDA para estes profissionais.

A população superior a 60 anos com o diagnóstico tardio e precoce analisada, corresponde respectivamente, 10,5 % (20/191) e 7,9 % (14/177), do total assistido nos Centros de Saúde.

A explicação para o diagnóstico tardio da infecção para o VIH, nos idosos, deve-se ao facto de os profissionais de saúde costumam associar queixas e sintomas ao processo natural do envelhecimento e doenças comuns nesta faixa etária e acabam não investigando IST e VIH (GROSS, 2005).

Trata-se também de um reflexo da sociedade em que se vive, que determina ser a sexualidade algo pertença mais à juventude do que à parcela idosa da população, deixando-a sem assistência, inclusive de campanhas educativas.

A maioria dos pacientes 91,0 % (335/368), não revelou a sua seropositividade por VIH, ao conjugue, familiares e amigos, e somente 9,0 % (33/368) revelaram a sua seropositividade. Isto revela uma pessoa que vive com VIH, pode ocorrer exposição grave, estigma, perda da família, do emprego e dos bens, o que pode estar na origem da não aderência a despistagem voluntária, e consequentemente ao diagnóstico tardio da infecção.

De acordo com os dados da ONUSIDA, menos de 40 % das pessoas vivendo com VIH conhecem seu estado serológico.

As variáveis tempo entre o conhecimento do estado serológico por VIH e início da TARV, e motivo para a realização do anti-VIH (indicação de profissional de referência) foram as que permaneceram no modelo de regressão logística, com associação independente para o diagnóstico tardio. Esse facto indica a presença de variáveis com factores de exposição analisados, o que reforça a íntima dependência do diagnóstico tardio com as dimensões sociodemográfica comportamental e relacionadas ao uso dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 6. CONCLUSÃO

As potencialidades estão relacionadas à disponibilidade de informações com baixo custo, podendo ser utilizadas pelos Delegados de saúde para o conhecimento detalhado da situação de saúde em seus Municípios.

As limitações estão relacionadas a diversos factores e podem ser diferentes para cada sistema. No EXCELL, a construção de sistema de informação objectiva o registo das informações de resultados dos exames de TCD4, além do registo de outras variáveis de todos os indivíduos que realizam os exames, os doentes de SIDA ou os portadores do VIH. Já o monitoramento e avaliação dos programas operacionais ESTEHR (ESOPÉ), sistema software recém-implementado tem como objectivo o acompanhamento da situação epidemiológica, fornecendo informações para análise do perfil da morbilidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal. No entanto sua limitação está relacionada à exigência de notificação nos casos de portadores do VIH.

Algumas acções poderão ser desencadeadas pelos gestores buscando a alteração da realidade constatada. A aplicação da metodologia utilizada neste estudo pode ser reproduzida para os anos subsequentes, para verificar o comportamento do diagnóstico tardio na população Santiaguenses em particular e nas restantes ilhas no geral, com a inclusão da avaliação da proporção de diagnóstico tardio de forma sistemática pelo SIS no seguimento e avaliação da qualidade do atendimento ao VIH/SIDA na ilha de Santiago e no país.

Para a qualificação das bases de dados, especialmente do Pólo de Tratamento, sugerem-se a apresentação das inconsistências para os profissionais de saúde que preenchem as solicitações, bem como a discussão com os técnicos dos laboratórios que alimentam o sistema.

Sugere-se também reforços à prevenção e ao diagnóstico precoce através de novas abordagens, entre elas: implementação da estratégia de teste rápido de diagnóstico em espaços diferentes dos que hoje oferecem a despistagem; acções educativas nas empresas e sindicatos através de parcerias com serviços sociais dos diversos segmentos de trabalhadores e intensificação de acções educativas para populações de maior vulnerabilidade.

Outras abordagens, como a reorganização da rede de atenção à saúde, que passa necessariamente pela descentralização das actividades e da definição clara das atribuições de cada nível de atenção, com o fortalecimento da atenção primária à saúde nas acções de

promoção, prevenção e diagnóstico precoce do VIH/SIDA, a educação permanente dos trabalhadores de saúde, além do fornecimento de rede de diagnóstica e de acções como a oferta de rastreio para todas as grávidas e seus parceiros por todas as equipas que fazem pré-natal, especialmente as de Centro de Saúde, são recomendações que podem contribuir para a qualificação da atenção integral.

Espera-se que este estudo possa contribuir para reverter a situação actual. O diagnóstico tardio está relacionado ao maior risco de óbito por VIH/SIDA.

6.1. Considerações finais

No presente estudo, constata-se que há uma associação significativa entre o diagnóstico tardio e o tempo entre o conhecimento do estado serológico por VIH e início da TARV e a solicitação do rastreio para o VIH feita pelos profissionais de referência.

A expansão e as actividades de ADV devem ser acompanhadas de avaliações e monitoramento, no sentido de refinar o conhecimento sobre o perfil dos usuários e otimizar os benefícios de prevenção que podem estar relacionados com o aconselhamento, despistagem e diagnóstico precoce para o VIH e também outras IST.

Além dos dados de recorte da população geral, devem ser avaliadas as informações sobre as populações específicas, como adolescentes, usuários de drogas e profissionais de sexo.

Da mesma forma, fazem-se necessidades análises diferenciais por áreas geográficas, como a Capital e interior, áreas urbanas e peri-urbanas, a fim de detectar as diversidades de tipologias de Centros de Saúde e dos usuários, visando à adaptação da oferta de serviços de acordo com os contextos observados.

O ADV constitui um dispositivo prioritário no que diz respeito à vigilância de segunda geração do VIH, no sentido de captar mais precocemente os indivíduos seropositivos.

Uma proporção substancial desses indivíduos realiza apenas testes de VIH numa fase tardia da infecção: são frequentemente doentes, apresentam uma alta taxa de mortalidade e são menos propensos a responder ao tratamento (GIRARDI, 2007). Ao mesmo tempo, o diagnóstico tardio contribui para diminuir a prevenção da transmissão, diminuir a prevenção de comportamentos de alto risco e redução da infectividade. Nesse sentido, as estratégias para encorajar a realização precocemente de testes anti-VIH através do

aconselhamento na população, promovendo e aumentando a oferta do teste de anti-VIH através dos Centros de Saúde, feira de saúde, constituindo assim importantes componentes para o diagnóstico precoce, a prevenção e o controlo da SIDA. Há uma necessidade de avaliar as campanhas de informação e divulgação dos centros de rastreio a determinados grupos populacionais.

Há uma necessidade de aumentar o grau de suspeição dos médicos no diagnóstico precoce para o VIH, uma vez que a maioria deles oferece um teste de VIH apenas com base nos factores de risco reconhecidos (HSH, UDI, PS Emigrantes, país de alta prevalência do VIH), ou por causa de sinais clínicos e sintomas sugestivos de uma doença oportunistas.

Tendo essa conduta, os médicos continuam a perder oportunidades para diagnosticar o VIH em pessoas com um parceiro estável no grupo heterossexual, enquanto também raramente a avaliação do risco sexual em pacientes mais velhos (> 50 anos), favorecendo o diagnóstico tardio, em detrimento do diagnóstico precoce (pacientes assintomáticos para o VIH).

Lutar contra estigma, e discriminação em relação com o VIH é vital para diminuir o impacto da epidemia. O estigma e a discriminação têm um impacto negativo em qualquer aspecto da continuidade prevenção-cuidados-tratamento, assim como aumentam enormemente o sofrimento associado ao facto de viver com o VIH.

CAPÍTULO 7. RECOMENDAÇÕES

Promoção do acesso ao aconselhamento e a despistagem – imperativo em qualquer estratégia de prevenção e do diagnóstico precoce por VIH. Devem ser feitos esforços para estimular as pessoas, redes de pessoas vivendo com VIH e outras populações chave, no contexto de iniciativas lideradas por pares e baseadas em direitos humanos a saberem a sua situação em relação ao VIH, por meio do acesso ao aconselhamento, da despistagem voluntária e da garantia da confidencialidade solicitada pelos clientes. Ainda, a oferta rotineira dos testes nos sectores de saúde, deve sempre respeitar os princípios do sigilo. Em todos os tipos da despistagem por VIH, os princípios do sigilo e do consentimento devem ser mantidos e o aconselhamento deve ser oferecido.

Actuar com redes de jovens para disseminar mensagens de prevenção e incentivar a promoção a despistagem precoce e voluntária para o VIH.

Poucos homens com companheiras grávidas aceitam fazer o teste e fazer aconselhamento e despistagem dos casais juntos tem um impacto muito mais significativo sobre as practicas sexuais, o conhecimento precoce do estatuto serológico por VIH (serodiscordante), do que a despistagem individual.

Sugere-se também reforços à prevenção e ao diagnóstico precoce através de novas abordagens, entre elas: implementação da estratégia de teste rápido de diagnóstico em espaços diferentes dos que hoje oferecem a despistagem; acções educativas nas empresas, associações comerciais e sindicatos através de parcerias com serviços sociais dos diversos segmentos de trabalhadores e intensificação de acções educativas para populações de maior vulnerabilidade, sobretudo o grupo etário dos 30-39 anos.

IEC para a terceira idade em matéria da prevenção e despistagem voluntária para o VIH.

É necessário o envolvimento dos prestadores de serviços e associações profissionais de diversas disciplinas (medicina, enfermagem, saúde pública) para ampliar abordagens de campo, estabelecer a prevenção, e propor despistagem voluntária por VIH.

A uma necessidade da regulamentação e a divulgação da lei nº 19/VII/2007, de 26 de Novembro, sobre os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do VIH (anexo 5).

Esta lei consagra os direitos à IEC/CMC em matéria de VIH-SIDA, as medidas de protecção e assistência, o teste de despistagem e aconselhamento, os serviços de saúde e assistência, a confidencialidade, os actos discriminatórios e as disposições penais.

Lista de Referências

Adler A, Mounier-Jack S, Cookeer RJ. Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges, *AIDS Care* 2009, 21:3, 284-293

Almeida E. Sobrevida dos doentes com Infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida nas Ilhas de Sotavento em Cabo Verde, dissertação apresentada no Centro de especialização médica para obtenção de grau de especialidade em Saúde Pública na cidade da Praia, 2013; página 25.

Antinori A, Coenen T, Costagliola D et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition, 2011, *HIV Medicine*, vol. 12, no. 1, pp. 61–64.

Basseti S, Battegay M, Furrer H, Ricknbachi M, Flep M, Kaiser L, et al. Why is highly active antiretroviral (HAART) not prescribed or discontinued? *J Acquir Immune Deficit Syndr* 1999; 21:114-9.

Bindman AB, Osmond D, Hecht FM, et al. Multistate evaluation of anonymous HIV testing and access to medical care. *JAMA* 1998, 280:1416 – 1420

Brito A.M, Castilhos E.A, Szwarcwald, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. V. 34, n. 2, p.207-217, mar-abr, 2001.

Brook MG, Curtis H, Johnson MA. Findings from the British HIV Association's national clinical audit of first-line antiretroviral therapy and survey of treatment practice and maternity care 2002. *HIV Med* 2004; 5: 415-20.

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Caderno Saúde Pública* 1998; 14:863-70.

Carmody ER, Diaz T, Starling P, Santos APRB, Sacks HS. An evaluation of antiretroviral HIV/AIDS treatment in Rio de Janeiro public clinic. *Trop Med and Int Health* 2003; 8: 378-385.

Castilla J, Sobrino P, De la Fuente L, Noguer I, Guerra L, Parras F. Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: consequences for AIDS incidence. *AIDS* 2002; 16: 1945-51

CCSSIDA. Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA, 2006-2010, Cabo Verde 2006; pág 18

CCSSIDA. Plano estratégico de luta contra a Sida 2011-2015. Cabo Verde 2011, Página 36.

Center for Disease Control and Prevention. Late versus early testing of HIV - 16 sites, United States, 2000-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52:581-6.

CPLP. Situação actual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados, Dezembro de 2010. Páginas 18-119

CPLP. Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa. Situação actual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados, Dezembro de 2010. Páginas 18-119.

Chadborn TR, Delpech VC, Sabin CA, Sinka K, Evans BG. The late diagnosis and consequent short-term mortality of HIV-infected heterosexuals (England and Wales, 2000–2004). *AIDS*, 20(18), 2371-2379 November 2006.

Cobo RT, Lozano IS, Jáuregui JMS, Pernía AT, Pedrol PD, García JG, et al. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Cohorte VACH (1997-2002). *Gac Sanit*. 2007.

Danziger R. HIV testing for HIV prevention: a comparative analysis of policies in Britain, Hungary, and Sweden. *AIDS Care* 1998, 10:563–570.

Dearing JW, Rogers EM, Meyer G, Casey MK, Rao N, Campo S, Henderson GM. Social marketing and diffusion-based strategies for communicating with unique populations: HIV prevention in San Francisco. *J Health Commun* 1996, 1:343 – 363.

Enda Santé; Ministère de la Santé de la Coopération et de l’Action Humanitaire Luxembourg; Croix Rouge Luxembourgeoise; Morabi; Cruz Vermelha de Cabo Verde; Verdefam: Cartografia e Estudo Sócio-comportamental e de Seroprevalência do VIH/Sida nas Profissionais de Sexo. Praia 2011, páginas 44, 49

Enda Santé, Ministère de la Santé de la Coopération et de l’Action Humanitaire Luxembourg; Croix Rouge Luxembourgeoise. Estudo exploratório de homens que fazem sexo com homens na Guiné-Bissau. Outubro de 2010. Página 48

Giard M, Gambotti L, Besson H, Fabry J, Vanhems P. Facteurs associés à une prise en charge tardive des patients infectés par le VIH : revue de la littérature. *Santé Publique* 2004; Vol. 16, pages 147 à 156

Girardi, E, Aloisi, MS, Arici, C, Pezzotti, P, Serraino, D, Balzano, R. e tal. Delayed presentation and late testing for HIV: Demographic and Behavioral Risk Factors in a Multicenter Study in Italy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v.36, n.4, p.951-959, 2004.

Girardi E, Caroline A. Sabin, Monforte AA. Late Diagnosis of HIV infection: Epidemiological Features, Consequences and strategies to Encourage Earlier Testing; *J Acquir Immune Defic Syndr*; vol.46, Supplement Article 1, September 2007; pp. 3-7.

Granjeiro A, et al. Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento no Brasil. Relatório de pesquisa, Instituto de Saúde São Paulo. 2007. Páginas 73-85

Gross JB. Estudo de pacientes portadores de HIV/AIDS após 60 anos de idade em duas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro, dissertação como pré-requisito para obtenção do título de mestre em medicina, área de concentração Medicina Tropical, Rio de Janeiro 2013; página 77.

Hickson F, Reid DS, Henderson LA, Weatherburn P, Keogh G. Treatment advances, risk taking and HIV testing history among gay men in the UK. 12th World AIDS Conference. Geneva, July 1998

Irwin, K, Valdiserri RO, Holmberg SD. The acceptability of voluntary HIV antibody testing in the United States: a decade of lessons learned. *AIDS* 1996, 10:1707 – 1717.

INE. Inquérito aos Indicadores de Prevenção de VIH-SIDA 2009- (Aids Prevention Indicators Survey-APIS 2009). Cabo Verde, Novembro de 2009; página 28.

INE. Ministério da Saúde. Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva II. Cabo Verde 2005

Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Forbi J C., Forbi T D., Agwale SM. Estimating the time period between infection and diagnosis based on CD4 counts at first diagnosis among HIV-1 antiretroviral naïve patients in Nigeria. *J Infect Dev Ctries* 2010; 4 (10); 662-667.

Klein D, Hurley LB, Merrill D, et al. Review of medical encounters in the 5 years before a diagnosis of HIV-1 infection: implications for early detection, *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2003; 32:143–52

Krentz H, Auld M, Gill M. The high cost of medical care for patients who presents late (CD4 200 cells/ml) with HIV infection. *HIV Medicine*. 2004; Volume 5, Number 2:93-8.

Magalhães MN, LIMA ACP. Noções de probabilidade e estatística. 6 ed. São Paulo: Edusp, 2008.

Maggi Fernandes JR et al. Início tardio da terapia anti-retroviral em dois serviços públicos de referência para o HIV/AIDS em Belo Horizonte. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (6):1369-1380, jun, 2009

Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Jessen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 39: 446-453.

Matthias Cavassini and Luigia Elzi. Late Diagnosis of HIV – A Trigger to Change Our Practice? *European Infectious Disease*, 2008 ; 2 (1) ; pp. 35–38, 2008.

Medronho S A *et al.* Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2006.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST- Notas técnicas. Categorias de exposições hierarquizadas. 2000; 02: 88-9.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST- Notas técnicas. Revisão da hierarquização das categorias de exposições. 2000; 02: 90- 1.

Ministério da Saúde de Cabo Verde. Relatório do balanço geral do PLS 2008.

Ministério da Saúde de Cabo Verde. Relatório do balanço geral do PLS 2009.

Ministério da Saúde de Cabo Verde. Relatório Estatístico Ministério da Saúde 2009.

Ministério da Saúde de Cabo Verde. Serviço de Vigilância Epidemiológica- Evolução dos indicadores epidemiológicos da infecção por VIH e Sida e outras infecções transmitidas sexualmente. Cabo verde, 1987-2009; pág. 8.

Ministério da Saúde de Cabo Verde. Relatório Trimestral do PLS. Janeiro - Março de 2010

Ministério da Saúde de Cabo Verde. Relatório Trimestral do PLS. Janeiro - Março de 2012

Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, Brasil. Metas e Compromissos Assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV/AIDS. Resposta Brasileira 2005/2007 Relatório de Progresso do País. 2008

Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, Brasil. Metas e Compromissos Assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV/AIDS. Resposta Brasileira 2005/2007 Relatório de Progresso do País. 2008.

Morb Mortal Wkly Rep (MMWR), Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV infection –South Carolina, 1997–2005, 2006;55:1269–72

Motta V T. Bioestatística. 2.ed. Caxias do Sul: Educs, 2006

Norton J, Elford J, Sherr L, Miller R, Johnson MA. Repeat HIV testers at a London same-day testing clinic. *AIDS* 1997; 11:731– 781.

Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, pág. 566.

Phillips KA, Paul J, Kegeles S, Stall R, Hoff C, Coates TJ. Predictors of repeat HIV testing among gay and bisexual men. *AIDS* 1995, 9:769–775.

Ryan B. Outreach to gay, lesbian, and bisexual youth: a Canadian experience. 2nd International Symposium on HIV Prevention. Geneva, June 1998.

Sabin CA, Smith CJ, Gumley H, Urphy G, Lampe FC, Philips NA, et al. Late presenters in the era of highly active antiretroviral therapy: uptake of and responses to antiretroviral therapy. *AIDS* 2004. 2004; Vol 18 N° 16.

Samet JH, Freedberg KA, Stein MD, Lewis R, Savetsky JB, Sullivan LM, et al. Understanding delay to medical care for HIV infection: the long-term non-presenter. *AIDS*, v.15, n.1, p.77-85, 2001.

Samet, JH, Fredberg, KA, Stein, MD, Lewis, R, Savetsky, JB, Sullivan, LM, et al. Trillion Virion Delay. *Archives of Internal Medicine*, v.158, n.13, p.734-740, 1998

Schoenborn CA, Marsh SL, Hardy A. AIDS knowledge and attitudes for 1992: data from the National Health Interview Survey. *Advance data from vital and health statistics*, no. 243. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics; 1994.

Sorvillo F, Kerndt P, Bunch G, Odem SL. Early HIV detection: successes and failures. *12th World AIDS Conference*. Geneva, July 1998.

Soto JG, Hidalgo JB, Garcia AP, Ramos AD. Progresión a SIDA y factores pronósticos en seropositivos al VIH-1. Provincia de Matanzas 1986-2003. *Rev méd electrón[Seriada en línea]* 2007; 29(6). Disponible en URL:<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema18.htm>.

Souza-Jr PRB, Szwarcwald CL, Castilho EA. Delay in Introducing Antiretroviral Therapy in Patients Infected By HIV in Brazil, 2003-2006 *Clinics Science São Paulo*. 2007; vol.62, n°5, p.579-564.

Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

Stöhr W, Dunn DT, Porter K, Hill T, Gazzard B, Walsh J et al. CD4 cell count and initiation of antiretroviral therapy: trends in seven UK centres, 1997-2003. *HIV Med* 2007; 8:135-141.

Turner BJ, Cunningham WE, Duan N, Andersen RM, Shapiro MF, Bozzette SA, et al. Delayed medical care after diagnosis in a US national probability sample of persons infected with human immunodeficiency virus. *Archives Internal Medicine* 2000; 160: 2614-22.

The UK Collaborative Cohort (UK CHIC) Steering Committee. Late diagnosis in the HAART era: proposed common definitions and associations with mortality. *AIDS* 24 (advance online publication), 2010.

UNAIDS/ONUSUDA. Chegando a zero: estratégia 2011-2015 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH /Aids/SIDA; 2010. Página 39.

UNAIDS World AIDS Day Report, p 6. 2011

Uria GA, et al. Factors Associated with Late Presentation of HIV and Estimation of Antiretroviral Treatment Need according to CD4 Lymphocyte Count in a Resource-Limited Setting: Data from an HIV Cohort Study in India. *Hindawi Publishing Corporation Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases Volume 2012, Article ID 293795, pages 1-7.*

Valdiserri RO, Holtgrave DR, West GR. Promoting early HIV diagnosis and entry into care. *AIDS*, 1999, v.13, p.2317-2330.

Wortley PM, Chu SY, Diaz T, et al. HIV testing patterns: where, why, and when were persons with AIDS tested for HIV? *AIDS* 1995; 9 (5): 487-92.

.

ANEXOS

Anexo1

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

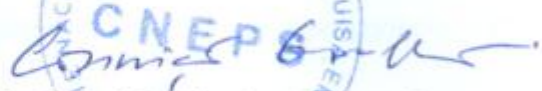
Deliberação nº_11_/2012

1. Foi submetido, a 27/3/12 nos termos do artigo 5º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para apreciação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) o Projecto intitulado: Diagnóstico tardio da infecção por VIH na ilha de Santiago, Praia-Cabo-Verde.
2. 2-O projecto enquadra-se no âmbito de trabalho de investigação curricular no Curso Internacional de Especialização em Saúde Pública, no Centro de Formação Médica Especializada, na cidade da Praia, sendo proponente o Dr. António Lima Moreira, sob a orientação de Dr.ª Ana Maria Azevedo Vasconcelos Correia e da Doutora Maria do Rosário Fraga de Oliveira Martins.
- 3-O CNEPS fez a análise documental da proposta na sua 27.ª Reunião Ordinária a 26/4/12, nomeadamente:
 - Protocolo de investigação,
 - CV dos Orientadores
 - Autorização das entidades envolvidas no estudo (Delegacias de Saúde da Praia, Santa Catarina e Santa Cruz).
 - Termo de consentimento livre e informado
 - Os formulários de colecta de dados
3. Da análise do Protocolo concluiu-se que se trate de uma pesquisa relevante para o país, que poderá proporcionar uma maior compreensão do fenómeno do diagnóstico tardio da infecção por VIH.

4. Por preencher os requisitos legalmente exigidos, o CNEPS deliberou no sentido da aprovação do estudo ao abrigo do artigo nº11 do Decreto-lei nº26/2007 de 30 de Julho, devendo o investigador manter o CNEPS informado sobre o andamento dos trabalhos e os resultados alcançados.

Praia, 26 de Abril de 2012

A Presidente do CNEPS



Maria da Conceição Moreira de Carvalho

Anexo 2

DEFINIÇÃO OPERACIONAL E CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

| VARIÁVEL | DEFINIÇÃO OPERACIONAL | DOMÍNIO | CLASSIFICAÇÃO DA VARIÁVEL |
|---------------------------------|--|--|---------------------------|
| Sexo | Sexo biológico | Masculino 1 Feminino 2 | Qualitativa nominal |
| Idade | Idade dos utilizadores de serviço em anos | Em anexo | Quantitativa contínua |
| Estado civil | Situação de uma pessoa em relação ao matrimónio ou à sociedade conjugal. | Solteiro 0 casado 1 divorciado 2 viúvo 3 união de facto 4 | Qualitativa nominal |
| Uso de drogas | Consumo de substância psicoactiva | cocaina injectável 0 bebida alcoólica 1 crack 2 cocaina aspirada 3 Maconha 4 inalantes (cola, tinner) 5 | Qualitativa nominal |
| Profissão | Ocupação profissional durante o último ano | Sem profissão 0 Economia informal 1 Outras 2 | Qualitativa nominal |
| Escolaridade | Ensino completo | Analfabeto 0 Ensino básico 1 Ensino secundário 2 Formação Superior 3 | Qualitativa nominal |
| VIH | Serologia positiva do VIH Diagnóstico precoce quando CD4 \geq 350 células/mm ³ e Diagnóstico tardio CD4 <350 células/mm ³ | Diagnóstico precoce 1 Diagnóstico tardio 2 | Qualitativa nominal |
| Situação sócio económica | Rendimento familiar baixo é considerado o rendimento inferior a 10.000\$00 mensal, rendimento médio 10.000\$00 a 50.000\$00 e rendimento alto superior a 50.000\$00 | Sem rendimento 1 Rendimento baixo 2 Rendimento médio 3 Rendimento alto 4 | Qualitativa nominal |
| Consulta médica | Acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde. | Primeira consulta 1 Mais consultas 2 | Qualitativa nominal |
| Emprego | Função e a condição das pessoas que trabalham, em carácter temporário ou permanente, em qualquer tipo de actividade económica. | Empregado 1 Desempregado 2 | Qualitativa nominal |
| Coabitação | Utilização de um bem móvel ou imóvel por duas ou mais pessoas de comum acordo | Sozinho (a) 0 Com companheiro(a) 1 Com parentes especificar (pais, tios) 2 Com amigos 3 | Qualitativa nominal |
| Acesso | Tempo de viagem (transporte terrestre) percorridos entre o domicílio e a estrutura de saúde. Fácil acesso percorrido inferior a 30 minutos e difícil acesso superior a 30 minutos | Acesso fácil 0 Acesso difícil 1 | Qualitativa nominal |

Anexo 3

Questionário

Formulário para a colecta de dados

Pesquisa: Frequência e factores determinantes do diagnóstico tardio da infecção por VIH nos pacientes atendidos nas estruturas de saúde na ilha de Santiago/Cabo Verde, 2004 a 2011

Data do levantamento de dados do ficheiro ____/____/____

Estrutura de Saúde:

Caso nº ____ Nº de ficheiro do(a) paciente: ____

1. Identificação

Código do paciente: ____

Local de residência actual: (rua ou avenida, numero, bairro, cidade, ilha) ____ Cidade: ____ Ilha: ____

a) ____ não consta no ficheiro

Estado civil:

a) ____ solteiro(a)

b) ____ casado(a)

c) ____ divorciado(a) / separado(a)

d) ____ viúvo(a)

e) ____ união de facto

f) ____ ignorado (não consta no ficheiro)

Documento apresentado:

a) Atestado de pobreza ____

b) Seguros de saúde ____

c) Particular ____

d) Ignorado/não consta ____

Actualmente reside:

a) ____ sozinho(a)

b) ____ com companheiro(a)

c) ____ com parentes especificar (pais, tios, etc) ____

e) ____ com amigos

f) ____ outros especificar ____

g) ____ não consta do ficheiro

Sexo:

a) ____ masculino b) ____ feminino c) ____ não consta no ficheiro

Data de nascimento: ____/____/____ a) ____ não consta no ficheiro

Local de nascimento: ____ (cidade e concelho) a) ____ não consta

Idade: ____ (anos) a) não consta no ficheiro ____

2. Tem filhos?

a) ____ sim (quantificar) ____ b) ____ não

3. Escolaridade:

a) ____ nenhuma

b) ____ de 1 a 6 classe

c) ____ de 7º ano a 12º ano

d) ____ Ensino Superior/Universidade

4. Profissão: _____ a) _____ não consta no ficheiro
5. Tem trabalho fixo?
- a) _____ sim b) _____ não (passar para a 9) c) _____ ignorado (passar para a 9)
- d) _____ não consta no prontuário (passar para a 9)
6. Local de trabalho: (rua ou avenida, numero, bairro, cidade e nome da empresa/local)

a) _____ não consta no ficheiro

6) Quantas horas (em minutos) percorre (transporte terrestre) entre o domicílio e o Centro de Saúde? _____

7. Data da realização do primeiro teste anti VIH (Elisa ou teste rápido): ____/____/____

Local da realização _____

Atenção: para as respostas abaixo, subtrair da data do tratamento antiretrovirais a data do diagnóstico.

- a) _____ <1Mês;
- b) _____ de 1 mês a 6 meses;
- c) _____ de 6 meses ou mais e menos de 1 ano;
- d) _____ 1 ano ou mais (especificar quantos anos _____ e o ano de diagnóstico _____)
- e) _____ não consta no prontuário;

8. Porque realizou o teste anti VIH (Elisa ou teste rápido)

- a) _____ indicação pela equipa ou profissional de referência
- b) _____ desejo próprio
- c) _____ não
- d) _____ ignorado/não consta no prontuário
- e) _____ doação de sangue
- f) _____ outra especificar _____
- g) _____ não consta no prontuário

9. a) Como foi sua reacção diante do diagnóstico?

9.b) Contou para alguém a respeito do seu diagnóstico?

9.c) Sentiu discriminada em algum momento em função da sua seropositividade?

10. Como adquiriu o VIH?

- a) _____ relação heterossexual;
- b) _____ relação homossexual;
- c) _____ uso de drogas injectáveis;
- d) _____ transmissão vertical;
- e) _____ transfusão sanguínea;
- f) _____ outra especificar _____
- g) _____ não consta no prontuário
- (verificar esta informação no ficheiro e registrar, se encontrar, qual é a fonte _____)

11. Existe relato de uso de drogas? a) _____ sim b) _____ não

12. Caso afirmativo marcar qual, (quais)

- a) _____ cocaína injectável
- b) _____ bebida alcoólica
- c) _____ crack
- d) _____ cocaína aspirada (cheirada)

- e)___Maconha
 f)___inalantes (cola, tinner, etc)
 g)___outra, especificar_____
- h)___nenhuma
13. Tempo que faz uso desta (s) droga (s):_____
- a)___não procede b)___informação não disponível
14. Tem utilizado esta(s) droga(s) no ultimo mês?
- a)___sim b)___não c)___não procede d)___informação não disponível
15. Está tratando VIH/SIDA em algum serviço?
- Atenção a pergunta se refere a ambulatório para portadores de VIH/SIDA
- a)___sim (consta no ficheiro)
 b)___não (passar para o item 20)
 c)___não consta no ficheiro/ignorado (passar para o item 20)
 d)___/mm³(valor do primeiro CD4; consta no ficheiro)
16. Caso afirmativo, em qual serviço está tratando VIH/SIDA? (nome do serviço e endereço)

-
- a)___não consta no prontuário b)___não consta em outro sistema
- Especificar onde a informação foi obtida: ficha, _____
17. Quanto tempo após saber portador do VIH depois decidiu procurar por um primeiro atendimento em serviço especializado para tratar o VIH/SIDA?
- a)___imediatamente, ≤ de 1 mês;
 b)___> 1 Mês e <de 6 meses;
 c)___de 6 meses ou mais e menos de 1 ano;
 d)___um ano ou mais (especificar quantos anos _____e o ano de diagnóstico_____)
 e)___não consta no prontuário;
 f)___não procede;

18. Depois de saber ser portador do VIH, quanto tempo teve um primeiro atendimento em serviço especializado (ambulatório) para tratar VIH/SIDA?

- a)___imediatamente, ≤ de um mês;
 b)___> 1 Mês e <de 6 meses;
 c)___de 6 meses ou mais e menos de 1 ano;
 d)___1 ano ou mais (especificar quantos anos _____e o ano de diagnóstico_____)
 e)___não consta no prontuário;
 f)___não procede;


19. Há quanto tempo está sendo acompanhado/tratado em serviço (ambulatório) para portadores do VIH/SIDA?

- a)___≤ de 1 mês;
 b)___> 1 Mês e <de 6 meses;
 c)___≥ 6 Meses e <de 1 ano;
 d)___ano (s) quantificar_____
 e)___não consta no prontuário;
 f)___não procede;

Relatar a fonte desta informação (ficha) _____

20. Como percebe a assistência recebida pelos profissionais de saúde do Centro de Saúde_____

Anexo 4

| | |
|---|---|
|  | <p style="text-align: center;">CPLP – Comunidade Médica de Língua Portuguesa Curso Internacional de Especialização em Saúde Pública (CIESP) Praia – Cabo Verde, Abril 2011/Dezembro 2011/Abril</p> |
|---|---|

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) referente ao protocolo de investigação intitulado “Diagnóstico tardio da infecção por VIH na ilha de Santiago” desenvolvido por Curso Internacional de Especialização em Saúde Pública (CIESP).

Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelas professoras Dra Ana Maria Correia e Dra Maria do Rosario Martins, a quem poderei contactar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº00 351 213 653 600 ou e-mail acorreia@arsnorte.norte.min-saude.pt e mrfom@ihmt.unl.pt.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ónus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objectivos estritamente académicos do estudo, que, em linhas gerais é quantificar a proporção de pacientes com o diagnóstico tardio da infecção por VIH/SIDA e estudar os potenciais factores de diagnóstico tardio da infecção por VIH na ilha de Santiago.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comité Nacional de Ética em pesquisa para a Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anónima, por meio de entrevista semi-estruturada. O acesso e a análise dos dados colectados se farão apenas pelo pesquisador e seus orientadores.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações do Comité Nacional de Ética em pesquisa para a Saúde.

Praia, ____ de _____ de 2012

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador: _____

Anexo 5



ASSEMBLEIA NACIONAL

Lei n.º 19/VII/2007

De

Por mandato do Povo, a Assembleia Nacional decreta, nos termos da alínea b) do artigo 174.º da Constituição, o seguinte:

CAPITULO I Objecto e definições

Artigo 1º Objecto

A presente lei regula os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do VIH/SIDA.

Artigo 2º Definições

Para efeitos do presente diploma, entende-se por:

- a) *Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)*: vírus responsável pela infecção que pode provocar a SIDA;
- b) *Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)*: o estado caracterizado por uma conjugação de sinais e sintomas causados pelo VIH que ataca e que enfraquece o sistema imunitário do corpo, tornando o indivíduo infectado vulnerável a outras infecções potencialmente mortais;
- c) *Teste de despistagem do VIH*: teste de laboratório feito a partir de uma amostra biológica de um indivíduo, visando determinar a presença ou ausência de infecção do VIH;
- d) *Teste anónimo*: procedimento adoptado no decurso do qual o indivíduo testado não revela a respectiva identidade, sendo o respectivo nome substituído por um número ou símbolo, o qual permite ao laboratório e à pessoa testada conhecer o resultado;

- e) *Teste de despistagem voluntária do VIH*: teste efectuado a uma pessoa que voluntariamente aceitou submeter-se ao teste de despistagem;
- f) *Despistagem obrigatória*: teste de despistagem do VIH imposto a uma pessoa ou realizado sem o seu consentimento ou cujo consentimento tenha sido viciado, pelo uso de força física, de intimidação ou qualquer outra forma de coacção física ou psicológica;
- g) *Procura do contacto*: método utilizado para encontrar e assistir o parceiro sexual de uma pessoa cujo diagnóstico confirma uma infecção sexualmente transmissível;
- h) *Monitoramento VIH/SIDA*: documentação e análise do número de infecções VIH/SIDA;
- i) *Prevenção do VIH/SIDA e controlo*: medidas que visam proteger os não infectados pelo VIH e minimizar o impacto da doença sobre as pessoas que vivem com o VIH/SIDA;
- j) *Seropositivo*: pessoa cujo teste de despistagem revela infecção pelo VIH;
- k) *Seronegativo*: pessoa cujo teste de despistagem revela a ausência de infecção pelo VIH;
- l) *Transmissão do VIH*: contaminação de uma pessoa por uma outra já infectada, geralmente através de relações sexuais, transfusão de sangue, partilha de agulhas ou outros objectos e a transmissão de mãe para filho;
- m) *Transmissão voluntária do VIH*: qualquer atentado à vida de uma pessoa pela inoculação de substâncias infectadas pelo VIH, independentemente da forma como estas substâncias tenham sido utilizadas ou administradas e das respectivas consequências. É considerada inoculação de substâncias infectadas pelo VIH, a transmissão voluntária pela via sexual e ou sanguínea;
- n) *Comportamento de risco*: atitudes ou comportamentos adoptados por uma pessoa que aumentem o risco de transmissão ou de aquisição do VIH;
- o) *Consentimento livre e esclarecido*: acordo voluntário, escrito, verbal ou tácito, de uma pessoa que, após estar devidamente informada sobre o mesmo, concorda em submeter-se a um determinado procedimento;
- p) *Confidencialidade médica*: relação de confiança que existe ou deve existir entre um paciente, em geral, ou uma PPVIH, em particular, e seu médico ou qualquer profissional de saúde, trabalhador de saúde, de laboratórios, de farmácias ou de outros serviços afins, assim como qualquer pessoa cujas prerrogativas profissionais ou oficiais, permitam-na estar na posse de tais informações;
- q) *Pessoa que vive com o VIH (PVVIH)*: pessoa cujo teste de despistagem revela directa ou indirectamente que ela está infectada pelo VIH;

- r) *Aconselhamento pré-teste*: informações dadas a uma pessoa antes de submeter ao teste de despistagem sobre os aspectos biomédicos do VIH/SIDA, sobre os resultados possíveis do teste, assim como a assistência psicológica e social que lhe deve ser prestada antes de se submeter ao teste de despistagem;
- s) *Assistência psicossocial pós-teste*: informações dadas a uma pessoa no momento da entrega do resultado do teste de despistagem, sobre os aspectos biomédicos do VIH/SIDA, assim como a assistência psicológica que lhe deve ser prestada;
- t) *Profilaxia*: o conjunto de medidas que visam prevenir o VIH/SIDA no indivíduo e na comunidade;
- u) *IEC/CMC em matéria de VIH/SIDA*: Informação, educação e comunicação/comunicação para mudança de comportamentos em matéria de VIH/SIDA; e
- v) *Meios de difusão pública*: radiodifusão, televisão, cinema, imprensa, teatro, prece, sermão, cartazes, exposição, distribuição de textos ou imagens de toda a espécie, discursos, cantigas, e de uma forma geral todos os procedimentos destinados a veicular uma mensagem para o público.

CAPÍTULO II

Informação, educação e comunicação/comunicação para mudança de comportamentos (IEC/CMC) em matéria de VIH/SIDA

Artigo 3º

IEC/CMC da população em matéria de VIH/SIDA

Todos os departamentos governamentais, institutos públicos, municípios, organizações da sociedade civil, designadamente, as de PVVIH, bem como os órgãos de comunicação social em colaboração com o organismo nacional de luta contra o VIH/SIDA, devem informar a população sobre o VIH/SIDA.

Artigo 4º

IEC/CMC em matéria do VIH/SIDA pelos serviços de saúde

1. O conhecimento e as capacidades dos técnicos de saúde devem ser reforçados por uma difusão apropriada da informação e educação sobre o VIH/SIDA.
2. Os serviços e estabelecimentos de saúde, públicos e privados, bem como os profissionais de saúde que neles trabalham, devem informar os beneficiários sobre as formas de transmissão, prevenção, tratamento e consequências da infecção pelo VIH.
3. Os serviços de consulta pré-natal devem fornecer às grávidas a informação necessária sobre a infecção pelo VIH, o acesso à despistagem voluntária e a assistência necessária.

Artigo 5º
IEC/CMC em matéria do VIH/SIDA relativa aos medicamentos

1. O departamento governamental responsável pela área da Saúde deve adoptar as pertinentes medidas para garantir o controlo da qualidade e da eficácia dos medicamentos destinados ao tratamento da infecção pelo VIH, antes da sua disponibilização para o consumo.
2. O departamento governamental responsável pela área da Saúde garante ainda que a informação, designadamente, sobre a utilização apropriada, a eficácia contra a infecção pelo VIH/SIDA e outras infecções sexualmente transmissíveis inscrita nas embalagens desses medicamentos, para venda ou doação, seja redigida em português, de forma visível, legível e inteligível.

Artigo 6º
IEC/CMC em matéria do VIH/SIDA para viajantes

1. Os departamentos governamentais responsáveis pelas áreas do Turismo, Negócios Estrangeiros, Justiça e Imigração, em colaboração com o departamento responsável pela área da Saúde devem adoptar as medidas necessárias para assegurar que a informação sobre as causas, as formas de transmissão, a prevenção e as consequências da infecção do VIH/SIDA estejam disponíveis em todos os pontos de entrada e de saída do território nacional, bem como nos principais pontos turísticos e meios de informação turística.
2. Os departamentos governamentais referidos no número anterior garantem, igualmente, que os nacionais que se desloquem ao estrangeiro sejam informados, antes da sua viagem, sobre as causas, as formas de transmissão, a prevenção e as consequências da infecção do VIH/SIDA.

Artigo 7º
IEC/CMC em matéria do VIH/SIDA nas cadeias e centros de detenção

1. Os departamentos governamentais responsáveis pelas áreas da Justiça e da Saúde devem adoptar as medidas necessárias para que a informação sobre as causas, as formas de transmissão, a prevenção e as consequências da infecção do VIH/SIDA seja fornecida em todas as cadeias e centros de detenção do país.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, as autoridades responsáveis pelas cadeias e centros de detenção devem prestar a necessária colaboração às ONG's que se dediquem a actividades de IEC/CMC em matéria de VIH/SIDA.

Artigo 8º
IEC/CMC em matéria do VIH/SIDA nos locais de trabalho

1. As entidades empregadoras e representantes de trabalhadores devem prever no respectivo quadro de actividades, acções de informação dos seus trabalhadores sobre as causas, as formas de transmissão, os meios de prevenção, os serviços de despistagem e tratamento e as consequências da infecção pelo VIH/SIDA.

2. O organismo nacional de luta contra o VIH/SIDA e o departamento governamental responsável pela a área do Trabalho devem assegurar que sejam organizadas, nos locais de trabalho, campanhas regulares de informação e prevenção do VIH/SIDA e das infecções sexualmente transmissíveis.

Artigo 9º

IEC/CMC em matéria do VIH/SIDA dos intervenientes no sector dos transportes

As autoridades responsáveis pela área dos transportes, as empresas de transporte aéreo, marítimo ou terrestre devem fornecer ao seu pessoal informações sobre os modos de transmissão, prevenção e consequências do VIH/SIDA.

Artigo 10º

Educação em matéria de VIH/SIDA nas instituições de ensino e formação

1. Todos os departamentos governamentais que desenvolvam actividades de ensino e formação, bem como os estabelecimentos de ensino e formação, públicos e privados devem inserir nos respectivos planos curriculares de todos os subsistemas de ensino, conteúdos sobre os modos de transmissão e prevenção da infecção pelo VIH/SIDA e infecções sexualmente transmissíveis.
2. Os conteúdos referidos no número anterior são adaptados a cada nível de ensino, após concertação com as associações de pais e encarregados de educação e de alunos.
3. Os professores e formadores receberão a formação adequada antes de ministrarem acções de formação sobre o VIH/SIDA.

Artigo 11º

Formação em matéria de VIH/SIDA

1. O Estado e os Municípios devem promover a formação sobre o VIH/SIDA de todos os agentes e funcionários públicos, bem como dos integrantes das comunidades.
2. A formação do pessoal de saúde deve incidir, entre outros aspectos, na ética no contexto do VIH/SIDA, na confidencialidade, no consentimento esclarecido, na prevenção e no dever de tratamento.
3. Os empregadores devem promover acções de formação dos seus trabalhadores sobre a prevenção e tratamento do VIH/SIDA.
4. As acções de formação previstas nos números 1 e 3 incidem sobre temas como a confidencialidade no local de trabalho e o comportamento em relação às pessoas infectadas ou afectadas pelo VIH/SIDA.
5. O organismo nacional de luta contra o VIH/SIDA orienta e apoia as acções de formação levadas a cabo pelas organizações da sociedade civil que visem a realização de programas de animação, assistência mútua e cooperação.

6. Os promotores das formações que têm por objectivo a realização de programas de animação e auto-assistência devem estimular e criar as condições para a participação nas mesmas das PVVIH, não podendo, em caso algum, ser recusada, com base na sua condição, a respectiva participação nesses programas.

CAPITULO III

Medidas de protecção e assistência

Artigo 12º

Exigências sobre a utilização de sangue, hemoderivados, tecidos ou órgãos

1. Os laboratórios ou estabelecimentos de saúde similares não devem aceitar ou conservar sangue, **hemoderivados**, tecidos ou órgãos sem que uma amostra dos mesmos seja testada em relação ao VIH e o resultado do teste tenha sido negativo.
2. O beneficiário do sangue, tecido ou órgão doados pode exigir um segundo teste antes que o sangue ou hemoderivados lhe sejam administrados ou o tecido ou órgão sejam transplantados.
3. O sangue, hemoderivados, tecidos ou órgãos doados infectados com o VIH devem ser devidamente destruídos.

Artigo 13º

Protecção dos trabalhadores de saúde contra a infecção pelo VIH

1. O departamento governamental responsável pela área da Saúde deve adoptar as medidas necessárias e disponibilizará os meios e equipamentos adequados para garantir a prevenção e protecção contra a infecção pelo VIH dos trabalhadores da saúde.
2. O departamento governamental responsável pela área da saúde emite, ainda, normas e instruções relativas ao manuseio de cadáveres e restos mortais das pessoas seropositivas em relação ao VIH e vítimas da SIDA.

CAPITULO IV

Teste de despistagem e aconselhamento

Artigo 14º

Consentimento ao teste do VIH

1. Ninguém pode ser submetido a um teste de despistagem do VIH sem o seu consentimento prévio.
2. O consentimento referido no n.º 1 deve ser livre, esclarecido e prestado por escrito.
3. A todo aquele que se submeta a um teste de despistagem do VIH é prestado um aconselhamento pré e pós teste por profissionais qualificados.

4. As entidades públicas adotam as providências necessárias no sentido de encorajar e garantir a realização do teste voluntário, principalmente pelos indivíduos com comportamentos de risco.
5. Nos casos de doação voluntária de órgãos, tecidos ou sangue, para transplantação e ou transfusão, presume-se o consentimento do doador em relação ao teste do VIH.

Artigo 15º

Proibição da exigência do teste do VIH

1. É expressamente proibida a exigência de qualquer teste do VIH como condição prévia ao emprego, à admissão nos estabelecimentos escolares ou universitários, ao exercício do direito de alojamento, ao direito de entrada ou estadia no território nacional, ao exercício do direito de deslocação, bem como para a obtenção de atendimento médico ou qualquer outro serviço ou como condição para o exercício de qualquer direito ou beneficiar de um determinado serviço.
2. Excluem-se da proibição prevista no n.º 1, os casos:
 - a) Em que uma pessoa é acusada de infecção de outra pelo VIH/SIDA; e
 - b) Em que uma pessoa é acusada de violação de outra.

Artigo 16º

Estabelecimentos de despistagem e teste de despistagem anónimo

1. Deve ser criado e implementado pelo Sistema Nacional de Saúde um sistema de despistagem anónima do VIH, o qual garantirá o anonimato e a confidencialidade médica na realização dos testes.
2. A prestação do serviço de despistagem do VIH pelos estabelecimentos de saúde está sujeita à autorização do departamento governamental responsável pela área da Saúde que estabelece as condições da prestação desse serviço.
3. O departamento governamental responsável pela área da Saúde promoverá o desenvolvimento e reforço das capacidades de despistagem do VIH dos estabelecimentos de saúde que prestam esse serviço, assegurando a formação do pessoal habilitado para o efeito.

CAPITULO V

Serviços de saúde e de assistência

Artigo 17º

Serviços hospitalares

As pessoas que vivem com o VIH têm direito a ser assistidas e a receber todos os cuidados de saúde, incluindo as melhores técnicas e tratamentos especializados, em todos os estabelecimentos públicos e privados de saúde, não lhes podendo ser negado, com base na sua condição, o atendimento e internamento, quando necessário.

Artigo 18º
Serviços no seio das comunidades

As estruturas e serviços do Estado vocacionados para o efeito, em coordenação com as organizações não governamentais, as pessoas que vivem com o VIH/SIDA e os grupos sujeitos a maior risco de infecção pelo VIH devem efectuar actividades de prevenção e responsabilização psicossocial no seio das comunidades.

Artigo 19º
Reforço do controlo das infecções sexualmente transmissíveis

O departamento governamental responsável pela área da Saúde, em colaboração com os organismos governamentais concernentes e as organizações da sociedade civil, deve adoptar as providências necessárias para o reforço das medidas de prevenção, responsabilização, controlo e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, visando a diminuição da sua propagação.

CAPITULO VI
Confidencialidade

Artigo 20º
Confidencialidade

1. Todo e qualquer profissional que, em virtude da respectiva actividade, tenham ou possam ter acesso a processos individuais, resultados de testes de despistagem ou processos médicos relativos, designadamente, à identidade e ao estatuto serológico de pessoas que vivem com o VIH, não devem, sob pena de quebra do sigilo profissional, revelar quaisquer dados a que tenham acesso relativamente a pessoas que vivam com o VIH.
2. Os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, garantem a confidencialidade das informações médicas, financeiras e administrativas, que detenham sobre as PVVIH hospitalizadas.
3. Ninguém pode ter acesso às informações referidas no n.º 2 sem autorização expressa do próprio doente, salvo em caso de procedimento judicial em que a revelação das mesmas seja considerada essencial para o processo e sem que o anonimato da pessoa que viva com o VIH, garantido por lei, seja posto em causa.
4. Não constitui violação do sigilo profissional:
 - a) O cumprimento de normas e exigências epidemiológicas; e
 - b) A prestação de declarações em procedimento judicial em que a determinação do estatuto serológico seja considerada essencial.

Artigo 21º
Resultados do teste de despistagem

O resultado do teste de despistagem do VIH/SIDA é confidencial e somente deve ser entregue:

- a) À pessoa que for submetida ao teste;
- b) A um dos progenitores do menor que for submetido ao teste;
- c) Ao tutor de pessoas incapazes ou órfãos que forem submetidos ao teste; e
- d) À autoridade judicial que requerer, nos termos da lei, o teste.

Artigo 22º

Revelação do resultado ao cônjuge ou parceiro sexual

1. Qualquer pessoa que vive com o VIH deve informar sobre o seu estatuto serológico ao seu cônjuge ou parceiro sexual o mais cedo possível, não devendo este prazo ultrapassar as seis (6) semanas a partir da data em que tomou conhecimento do seu estatuto serológico ao VIH.
2. Para efeitos do disposto no n.º 1, os serviços competentes devem prestar todo o apoio psicossocial necessário à pessoa infectada pelo VIH, seu cônjuge ou parceiro sexual.
3. Se a pessoa cujo estatuto serológico é positivo não puder ou não quiser revelar pessoalmente ao seu cônjuge ou parceiro sexual o resultado do teste pode pedir ao médico assistente ou outro profissional de saúde qualificado que o faça, os quais estão sujeitos ao dever de sigilo ou de confidencialidade nos termos desta lei.
4. Se a pessoa cujo estatuto serológico é positivo, após ter recebido todos os apoios e aconselhamentos necessários, se recusar a revelar o seu estado ao seu cônjuge ou parceiro sexual e o risco de transmissão para estes seja real, o médico ou outro profissional qualificado da estrutura sanitária que o atendeu pode revelar esse resultado aos mesmos, com respeito das regras éticas pertinentes e sem violar as normas relativas ao sigilo profissional.
5. Em caso de morte de uma pessoa infectada pelo VIH, o médico ou outro profissional qualificado da estrutura sanitária que a atendeu pode revelar o seu estado ao cônjuge ou parceiro sexual.

Artigo 23º

Anúncio do resultado a menores e outros incapazes

1. O menor cuja idade e maturidade intelectual lhe permita compreender as implicações do seu estatuto serológico será dele informado, bem como dos actos e exames necessários ao seu estado de saúde. Serão igualmente informados os respectivos representantes legais.
2. O maior incapaz será informado do seu estado pela forma adequada. Serão igualmente informados os seus representantes legais.

3. O médico ou outro profissional qualificado assegura que o resultado seja comunicado pela forma apropriada e que sejam utilizados os meios adequados a eventuais dificuldades de compreensão da pessoa que deva receber a informação.

CAPITULO VII

Actos discriminatórios

Artigo 24º

Discriminação nos locais de trabalho

1. É proibida a discriminação, sob qualquer forma, contra uma pessoa cuja seropositividade ao VIH seja real ou suposta, nomeadamente em matéria de acesso ao emprego, contratação, manutenção do posto de trabalho, promoção e aposentação, sendo, designadamente:
 - a) Proibida a exigência ao trabalhador da realização do teste de despistagem do VIH como condição prévia para beneficiar de uma promoção, de uma formação ou de qualquer outro tipo de regalia; e
 - b) Ilegal qualquer despedimento de um trabalhador ou seu afastamento do local de trabalho motivados pela sua seropositividade, real ou suposta.
2. Toda a pessoa infectada pelo VIH/SIDA deve ser considerada e tratada como qualquer outro doente crónico, devendo, neste caso, beneficiar de todos os direitos, garantias e tratamentos previstos na lei.
3. Todas as entidades patronais devem velar para que no local de trabalho se abstenha de praticar quaisquer actos que visem a rejeição ou humilhação da pessoa infectada pelo VIH/SIDA.

Artigo 25º

Discriminação nos estabelecimentos de ensino

Nenhuma instituição educativa pode recusar a admissão, sancionar ou afastar qualquer aluno ou estagiário com base no seu estatuto serológico ao VIH positivo, real ou suposto.

Artigo 26º

Impedimentos aos direitos de deslocação e de alojamento

1. Ninguém pode colocar, sob que forma for, quaisquer impedimentos ao direito de deslocar dentro do território nacional, bem como para o exterior ou de alojamento de uma pessoa cujo estatuto serológico ao VIH é real ou suposto.
2. Ninguém pode ser colocado de quarentena, em isolamento, interdito de entrar no território nacional ou ser expulso, com base no seu estatuto serológico ao VIH, real ou suposto.

Artigo 27º
Acesso a cargos públicos ou electivos

A ninguém poderá ser negado, sob qualquer forma, o direito de se candidatar a uma função electiva ou a uma função pública, com base na sua seropositividade confirmada ou suposta.

Artigo 28º
Acesso ao crédito e aos seguros

A ninguém pode ser recusado o acesso ao crédito e aos empréstimos assim, como aos de seguros por doença, acidentes e de vida, com base na sua seropositividade ao VIH confirmada ou suspeita, desde que, neste caso, o indivíduo não tenha ocultado o seu estado serológico à companhia de seguros.

Artigo 29º
Discriminação nos estabelecimentos de saúde

A ninguém pode ser recusado o acesso a serviços nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, nem pagar um preço mais elevado pelos mesmos serviços, devido ao seu estatuto serológico ao VIH.

CAPITULO VIII
Disposições penais

Artigo 30º
Transmissão voluntária do VIH

Quem transmitir voluntariamente o VIH será punido nos termos dos tipos legais incriminadores desse comportamento previstos no Código Penal vigente.

Artigo 31º
Discriminação das pessoas infectadas pelo VIH

Quem praticar qualquer acto discriminatório contra pessoa portadora do VIH ou que se suspeite seja portadora do VIH será punido pelo crime de discriminação previsto e punido nos termos do artigo 161º do Código Penal.

Artigo 32º
Difusão de informações erróneas e falsas em matéria do VIH/SIDA

1. Quem, através de qualquer meio, divulgar informações falsas ou erróneas relativas ao VIH/SIDA, será punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 200 dias.
2. Incorre na mesma pena o responsável do meio de difusão pública que serviu de suporte à divulgação destas informações.

Artigo 33º

Violação do dever de confidencialidade

1. Quem, estando sujeito ao dever de sigilo profissional ou de confidencialidade, revelar o estado serológico de uma pessoa infectada pelo VIH será punido com pena de prisão até 6 meses ou com pena de multa até 150 dias.
2. O procedimento criminal depende de queixa do ofendido.

CAPITULO IX Disposições finais

Artigo 34º Regulamentação

O Governo adoptará as leis e regulamentos necessários à regulamentação da presente lei.

Artigo 35º Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia imediato ao da sua publicação.

Aprovada em 24 de Outubro de 2007.

O Presidente da Assembleia Nacional

Aristides Raimundo Lima

Promulgada em 13 de Novembro de 2007

Publique-se

O Presidente da República

Pedro Verona Rodrigues Pires

Assinada em 13 de Novembro de 2007

O Presidente da Assembleia Nacional

Aristides Raimundo Lima